ARCHIVES GÉNÉRALES

DE MÉDECINE,

JOURNAL COMPLÉMENTAIRE

DES SCIENCES MÉDICALES.

4e *Série.* — **Tome XI.**

PARIS.

LABÉ, ÉDITEUR, LIBRAIRE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE, place de l'École-de-Médecine, 4;

PANCKOUCKE, IMPRIMEUR-LIBRAIRE, RUE DES POITEVINS, 14.

1846

ARCHIVES GÉNÉRALES

DE MÉDECINE.

ARCHIVES GÉNÉRALES

DE MÉDECINE.

Mai 1846.

MÉMOIRES ORIGINAUX.

NOUVELLES RECHERCHES SUR LES BRUITS DES ARTÈRES, ET APPLICATION DE CES RECHERCHES A L'ÉTUDE DE PLUSIEURS MALADIES;

Par le Dr **J.-H.-S. Beau**, *médecin des hôpitaux, agrégé à la Faculté de médecine de Paris.*

(Fin.)

Résumé et conclusions.

Ce résumé ne portera que sur la seconde partie de ce travail, c'est-à-dire sur l'histoire des maladies générales caractérisées par la présence des bruits artériels, surtout des maladies autres que l'insuffisance (1).

(1) Les bruits de souffle qui se font entendre dans l'abdomen des femmes grosses rentrent dans les bruits artériels que nous avons appelés *généraux* (août 1845, p. 419), parce qu'ils coïncident avec les bruits carotidiens, et qu'ils dépendent, comme ces derniers, d'une surabondance déterminée dans l'ondée sanguine par la dilatation du cœur. L'utérus, qui comprime médiocrement les artères du bassin, fait l'office de stéthoscope pour transporter à l'oreille les bruits qu'y produit l'ondée surabondante.

Il résulte de tout ce que nous avons dit jusqu'à présent que les bruits des artères sont produits par un frottement exagéré de l'ondée sanguine contre les parois artérielles ; ce frottement est ainsi exagéré dans les maladies générales, quand l'ondée sanguine a un volume trop considérable par rapport au calibre de l'artère.

A son tour, la surabondance de l'ondée sanguine dépend d'une dilatation des cavités cardiaques, soit que cette dilatation soit l'effet d'une distension pour ainsi dire mécanique, comme dans l'insuffisance des valvules aortiques ; soit qu'elle résulte d'un relâchement atonique des parois du cœur, comme nous l'avons établi pour toutes les affections, autres que l'insuffisance, qui sont marquées par l'existence des bruits carotidiens.

Cette atonie, qui relâche les parois du cœur et qui augmente l'étendue de ses cavités, affecte en même temps les artères et relâche par conséquent leur membrane moyenne en augmentant aussi leur capacité. Mais, dans les artères, cette ampliation atonique est proportionnellement moins marquée que dans le cœur, attendu que le tissu du cœur, qui est musculaire, doit beaucoup plus se relâcher ou s'allonger que le tissu de la membrane propre des artères, qui est d'une nature plutôt fibreuse que musculaire. Par suite de cette inégalité dans l'étendue proportionnelle de la dilatation atonique du cœur et des artères, on comprend que l'ondée sanguine formée et pour ainsi dire moulée dans les cavités du cœur aura un volume qui sera hors de proportion avec le calibre des artères, bien que, je le répète, les artères soient frappées de laxité comme le cœur.

Le cœur, avons-nous dit, est augmenté de volume dans toutes les maladies où il y a des bruits artériels. Ce volume est considérable dans l'insuffisance ; il est beaucoup moins marqué dans toutes les autres maladies où il résulte de l'a-

tonie. C'est pour cela que la matité de la région précordiale, dans l'insuffisance, est assez étendue pour que d'emblée on puisse reconnaître l'exagération des diamètres du cœur; tandis que, dans les affections autres que l'insuffisance, on est obligé de comparer l'étendue de la matité que présente la région précordiale, pendant et après la cessation des bruits artériels (1). On constate, au moyen de cet examen comparatif, que les bruits ne peuvent pas disparaître sans que le champ de la matité ne diminue, ce qui revient à dire que les bruits artériels coïncident toujours avec une augmentation de volume du cœur. Le volume du cœur est d'autant plus considérable que les bruits sont plus intenses, plus rapeux et accompagnés de frémissement vibratoire.

L'augmentation de volume du cœur dépend tout à la fois de la dilatation des cavités cardiaques et de l'hypertrophie de la substance du cœur; mais cependant la dilatation y contribue pour une plus grande part que l'hypertrophie.

La dilatation n'affecte guère que le ventricule gauche, dans l'insuffisance aortique; tandis que, dans les maladies où elle dépend de l'atonie, elle porte également sur les quatre cavités, qui, bien qu'agrandies, conservent dès lors entre elles leurs rapports ordinaires de capacité.

La dilatation s'accompagne d'une augmentation manifeste d'épaisseur des parois cardiaques dans l'insuffisance aortique, dans les cachexies prolongées, dans la grossesse, dans les hydropysies avec ou sans albuminurie, etc. L'hypertrophie est ici des plus marquées; on peut l'appeler *évidente*. Elle s'explique par la longueur de l'affection pendant laquelle le cœur a dû se contracter sur une ondée surabondante. C'est ce

(1) Cette comparaison est facile si, comme le recommande M. Piorry, on a soin de circonscrire, au moyen d'une ligne noire faite ou avec de l'encre ou avec le nitrate d'argent, la matité indiquée par la percussion de la région précordiale.

qui arrive, comme on le sait, pour tous les muscles de la vie animale, quand ils sont soumis à un exercice violent et répété.

L'hypertrophie est beaucoup moins marquée quand la maladie a une courte durée, comme la fièvre typhoïde, la variole, etc. Elle ne se traduit plus guère alors par une augmentation d'épaisseur des parois cardiaques; mais elle est néanmoins démontrée en ce sens que les cavités du cœur, bien que dilatées, n'ont pas acquis leur ampliation aux dépens d'un amincissement de leurs parois qui paraissent aussi épaisses qu'à l'état normal. Par opposition à la précédente, cette hypertrophie peut être appelée *latente* ou *diffuse*. C'est, comme nous le savons, dans cet état d'hypertrophie légère que l'on trouve le cœur des animaux que l'on saigne chaque jour, et que l'on sacrifie après la cinquième ou sixième saignée.

Cette dilatation avec hypertrophie *latente* n'a pas encore été signalée dans toutes les affections aiguës qui sont caractérisées par la présence des bruits artériels. Il y a de nouvelles recherches de statistique et d'anatomie pathologique à faire à ce sujet, recherches dans lesquelles il sera nécessaire de choisir avec précaution les cœurs qui devront fixer l'état normal sous le rapport du poids et des diamètres. Est-il nécessaire d'ajouter qu'il faudra prendre ces types dans toutes les affections où il y aura eu absence de bruits artériels ?

L'hypertrophie du cœur, soit *évidente*, soit *latente*, qui dépend de l'atonie du cœur, guérit ordinairement avec facilité, lorsque la cause de cette atonie est efficacement combattue. Pour concevoir la disparition de cette hypertrophie, on doit considérer ce qui se passe dans l'utérus, qui, après avoir présenté un surcroît considérable de substance contractile pendant l'état de grossesse, revient en quelques jours à son volume ordinaire, lorsque le produit de la conception est expulsé, et que dès lors tout ce renforcement d'organisation est devenu inutile. De même, dans les affections *atoniques*

du cœur, la surabondance de la substance musculaire disparaît, quand, l'atonie ayant été dissipée, les cavités du cœur dilatées se resserrent, et qu'en même temps l'ondée à mouvoir est beaucoup moins considérable.

On ne peut donc pas confondre, sous le rapport de la gravité et de la curabilité, l'hypertrophie qui nous occupe avec celle qui dépend d'une altération des orifices, rétrécissement ou insuffisance. Cette dernière est le plus souvent incurable, parce que l'affection valvulaire qui l'a provoquée est le plus souvent au-dessus des ressources de l'art, par suite de l'ancienneté de sa cause qui ne peut plus être efficacement combattue. Et, dans ce cas, le mal ne réside pas, à proprement parler, dans la dilatation et l'hypertrophie, quelque considérable qu'elles soient; il est tout entier dans la lésion des orifices. Que l'on guérisse les orifices, on dissipera en même temps la dilatation et l'hypertrophie.

Comme on le voit, l'épigraphe si désespérante de l'ouvrage de Corvisart (1) est applicable presque uniquement aux affections du cœur qui sont liées à une altération des orifices; elle ne concerne plus la classe si nombreuse de celles qui dérivent d'une atonie du cœur.

Il faut être très-réservé sur l'emploi des saignées, même lorsqu'on a affaire à une maladie du cœur dépendant d'une altération des orifices. Ce précepte, qui a déjà été donné par M. Corrigan pour les cas d'insuffisance de l'orifice aortique, doit s'étendre aussi aux rétrécissements. Dans l'un et l'autre cas, la diminution de proportion des globules sanguins déterminée par les évacuations sanguines amène un état d'atonie qui augmente la dilatation et l'hypertrophie dépendant de la lésion des orifices.

Le même résultat s'observe quand la diminution des glo-

(1) *Hæret lateri læthalis arundo.*

bules sanguins, qui détermine l'atonie du cœur, est spontanée, au lieu d'être provoquée par des émissions sanguines. On voit alors les symptômes de la maladie du cœur, tels que la dyspnée, les palpitations, le sentiment de poids au cœur, etc., augmenter au fur et à mesure que l'organisme présente tous les caractères de l'état cachectique. Mais cette cachexie, quand elle complique les rétrécissements d'orifices, n'est plus caractérisée par l'existence des bruits carotidiens et de la plénitude du pouls ; ce qui se conçoit, en considérant que l'ondée sanguine est brisée dans son passage à travers l'orifice rétréci, et ne pénètre plus dans les artères avec assez de force et de volume pour y produire du frémissement et des bruits (1).

Si l'altération du sang qui complique les lésions d'orifices n'est pas celle qui constitue la cachexie proprement dite, mais bien celle qui préside à la formation des hydropisies, c'est-à-dire si cette altération, au lieu de consister en une diminution des globules, consiste en une diminution de l'albumine, on observera la même augmentation d'intensité dans les symptômes cardiaques. Nous savons, en effet, que l'atonie qui dérive de la diminution de l'albumine du sang produit sur le cœur les mêmes résultats de dilatation et d'hypertrophie que celle qui provient de la diminution des globules, ou autrement de la *cachexie*. J'ai vu à la Salpêtrière une femme affectée depuis plusieurs années d'un rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche, et qui néanmoins jouissait d'une assez bonne santé, à part une dyspnée

(1) Ce n'est en effet qu'exceptionnellement que l'on entend des bruits des artères dans les cas de rétrécissements des orifices du cœur. Cela arrive quand la dilatation du cœur est excessive, et que l'ondée très-considérable peut exercer un frottement exagéré contre les parois artérielles, malgré l'obstacle apporté par le rétrécissement.

médiocre et quelques palpitations. Deux fois cette femme vint à l'infirmerie à un an d'intervalle pour un œdème des membres inférieurs, accompagné de faiblesse, d'anorexie, de bouffissure de la face et d'albuminurie légère ; cet œdème se dissipa chaque fois au bout de six semaines; mais pendant tout le temps qu'il dura, il y eut un accroissement manifeste de la dyspnée, de l'anxiété précordiale, des palpitations et du volume du cœur. L'altération du sang qui produisait cette hydropysie intercurrente augmentait visiblement l'hypertrophie qui était liée depuis longtemps au rétrécissement.

Toutes les fois donc qu'on fait l'autopsie d'un individu mort d'une lésion d'orifice compliquée d'hydropisie, de cachexie, etc., on doit regarder la dilatation et l'hypertrophie du cœur qu'on observe alors, comme résultant d'une double influence, de la lésion d'orifices, et de l'altération du sang qui a déterminé l'hydropisie ou la cachexie : la première ayant agi d'une manière mécanique, et la seconde par atonie.

L'existence des bruits artériels coïncide donc avec une augmentation de volume du cœur. Elle coïncidera aussi avec l'augmentation de volume du pouls; ce qui se conçoit facilement, puisque l'ondée, rendue surabondante par la dilatation des cavités cardiaques, et pénétrant librement dans le système aortique, doit nécessairement produire un surcroît d'amplitude dans l'état des pulsations artérielles (1).

---

(1) Nous avons dit précédemment que lorsque la dilatation du cœur était jointe à un rétrécissement d'orifice, l'ondée ne pénétrait pas dans les artères de manière à produire des bruits artériels; d'autres fois il n'y aura pas davantage de bruits dans les artères, bien que le cœur soit dilaté; c'est lorsque la contraction du cœur sera incomplète, et que l'ondée arrivera par fractions dans les artères. Ainsi donc, il y a dilatation du cœur toutes les fois que des bruits anormaux existent dans les carotides; mais il n'y a pas bruit carotidien toutes les fois que le cœur est dilaté.

De là l'intensité si grande de ces battements que l'on observe, dans les principaux troncs artériels, à la carotide, à la crurale et même à l'aorte, non-seulement chez les hypochondriaques, comme le pensait Laennec, mais encore chez les cachectiques, dans la variole, la fièvre typhoïde, le scorbut, etc., et toutes les affections qui donnent lieu aux bruits artériels.

Le pouls radial présente aussi un degré d'exagération proportionnel à celui des grosses artères. Mais pour faire à ce sujet une appréciation exacte, il ne suffit pas de juger absolument le volume du pouls, qui, suivant les individus, varie à l'infini, parce qu'il dépend du calibre de l'artère radiale, qui lui-même varie considérablement ; il faut comparer le volume du pouls pendant l'existence des bruits artériels et après leur cessation. On voit alors que les pulsations radiales, quelques petites qu'elles pussent paraître pendant la durée de la maladie qui donnait lieu aux bruits, sont encore plus petites après la guérison de la maladie et la disparition des bruits artériels.

A ce sujet, je ferai remarquer le peu de rigueur que l'on met à juger le volume du pouls radial. Toutes les fois que chez un malade nouveau ce volume est au-dessous d'un certain type de convention auquel on le compare instinctivement, on en conclut sans hésiter que ce malade a le pouls petit, c'est-à-dire qu'il y a chez ce malade une disposition morbide par suite de laquelle l'ondée qui pénètre dans l'artère radiale est moins considérable qu'à l'état normal. Mais cet individu que vous examinez pour la première fois, et que vous ne connaissez pas, peut avoir l'artère radiale d'un petit et même d'un très-petit calibre ; et dès lors l'ondée qui vient dilater cette artère peut être aussi forte et même beaucoup plus forte qu'à l'état normal, sans faire perdre au pouls son caractère apparent de petitesse.

L'artère radiale, comme toutes les autres artères, varie

considérablement en volume, non-seulement suivant les sexes, mais encore suivant les individus du même sexe : c'est un fait pour la réalité duquel il suffit d'en appeler au souvenir de ses études anatomiques. Il faut ne pas oublier ce fait en clinique, et se dire, par conséquent, que l'artère radiale du séméiologiste ne peut pas avoir toujours le même volume quand celle de l'anatomiste présente tant de variations dans son diamètre (1).

Cette digression montre toute la difficulté que l'on doit avoir pour juger rigoureusement le volume du pouls chez un malade que l'on examine pour la première fois, et chez lequel on ne connait pas le volume normal de l'artère radiale. Eh bien ! les bruits carotidiens trancheront cette difficulté. Si ces bruits existent, le volume des pulsations artérielles, quelle que soit leur apparence, soit à la radiale, soit aux autres artères, aura une plénitude anormale ; et si ces bruits n'existent pas, les pulsations artérielles ne seront pas notablement plus pleines qu'à l'état normal.

La plénitude du pouls radial sera donc un caractère essentiellement lié à l'existence des bruits carotidiens. Mais à ce caractère fondamental du pouls radial il s'en ajoutera d'autres qui se montreront dans certaines circonstances que nous allons examiner.

C'est ainsi 1° que, chez un grand nombre de malades affectés de bruits artériels, et notamment chez les cachectiques, le pouls est *mou* en même temps qu'il est plein. Cette mollesse du pouls tient à ce que l'ondée, bien que surabondante, n'est pas chassée par le ventricule avec une force assez consi-

(1) L'artère radiale est très-souvent d'un volume inégal à gauche et à droite. Cette anomalie d'organisation nous explique pourquoi des pathologistes ont pu assurer que dans certaines affections aiguës qui n'occupent qu'un seul côté du corps, le pouls est souvent plus petit ou plus plein du côté malade que du côté sain.

dérable pour produire une tension des parois artérielles qui les fasse résister au doigt.

Mais alors comment concilier ce défaut de résistance du pouls avec le frottement exagéré qui est, comme nous l'avons dit, nécessaire à la production des bruits? Pour résoudre cette difficulté qui se présente si naturellement, il faut distinguer le pouls radial dont il s'agit en ce moment, du pouls de l'artère carotide où se passe le bruit, et se rappeler la manière différente dont l'ondée sanguine se comporte dans les artères voisines du cœur et dans celles de la périphérie. En effet, l'ondée sanguine surabondante qui pénètre dans l'artère carotide, et qui exerce contre ses parois un frottement assez intense pour y déterminer la production des bruits anormaux, donne toujours lieu à une pulsation pleine, résistante et dure de l'artère carotide; souvent même cette pulsation s'accompagne d'une vibration manifeste. Mais il n'en est plus nécessairement de même à l'artère radiale. Dans les cas si nombreux de l'existence des bruits artériels, où le cœur n'est pas doué d'une grande énergie (bien qu'il soit toujours plus ou moins hypertrophié), la force de cet organe s'épuise en partie à vaincre l'obstacle que l'ondée surabondante éprouve en traversant le calibre étroit du sommet du cône artériel dans lequel se trouvent les carotides; de telle sorte que les artères qui constituent la base de ce cône, comme les crurales, les radiales, etc., ne sont plus soulevées par une ondée assez vivement lancée pour donner de la tension et de la dureté aux parois de ces artères de la périphérie.

Ainsi donc, comme on vient de le voir, le pouls carotidien est toujours *dur* quand il y a bruit anormal aux artères carotides; mais en même temps le pouls peut être *mou* à l'artère radiale. Nous allons confirmer ce résultat différentiel, et achever d'en montrer la raison en exposant les autres caractères que le pouls radial présente dans les maladies où il y a des bruits artériels.

2° Le pouls radial, au lieu d'être *mou*, peut être *dur*, *tendu* ou *résistant*. Cette modification existe dans des circonstances opposées à celles qui produisent la mollesse des pulsations radiales. Le pouls radial est *dur* quand l'ondée surabondante est lancée par le cœur avec un surcroît d'énergie : c'est ce qui arrive quand le cœur a subi une hypertrophie considérable (insuffisance aortique), ou quand il est excité par la fièvre (variole, fièvre typhoïde, etc.), ou bien encore quand il est agité d'une manière passagère à la suite d'un exercice musculaire, comme cela se voit surtout chez les cachectiques qui viennent de monter un escalier. Dans tous ces cas, la dureté du pouls radial est accompagné d'un excès de tension et de dureté dans le pouls carotidien.

3° Quand les circonstances que je viens d'énumérer agissent d'une manière encore plus exagérée, le pouls radial passe de l'état de pouls *dur, tendu* à celui de pouls *vibrant* ou *serratus*. Jamais le pouls radial n'est vibrant sans qu'il y ait des bruits intenses et une vibration aux carotides. Il est facile d'en comprendre la raison. Le frémissement du pouls radial tient évidemment à ce que l'ondée surabondante qui le produit exerce un frottement exagéré contre les parois de l'artère radiale. Or, d'après ce que nous avons dit et répété des rapports de plénitude qui existent entre les artères de la périphérie et celles qui avoisinent le cœur, il ne peut pas y avoir un frottement exagéré à l'artère radiale sans qu'il y en ait un plus exagéré encore à l'artère carotide, la première occupant la base du cône artériel, tandis que la seconde se trouve au sommet du même cône. J'ajouterai que, dans les cas où la vibration de l'artère radiale est très-marquée, comme dans certains cas d'insuffisance aortique, il est possible d'y percevoir un bruit anormal avec le stéthoscope ; preuve donc que la cause et les effets de cette vibration sont identiques à l'artère radiale et à l'artère carotide.

Puisque la vibration de l'artère radiale suppose nécessai-

rement la plénitude du pouls radial et l'existence des bruits carotidiens, elle ne devra jamais exister dans les cas où le pouls est petit, et où il y a absence de bruits carotidiens, comme, par exemple, lorsque les orifices gauches du cœur sont affectés de rétrécissements; en effet, je n'ai jamais observé que le pouls fût *vibrant* dans cette dernière circonstance. J'insiste à dessein sur ce fait, malgré l'opinion contraire et imposante de Corvisart, qui donne le *frémissement* du pouls comme le signe des rétrécissements des orifices du cœur. (*Essai sur les maladies du cœur,* p. 232; 1811.)

4° Le *dicrotisme* du pouls radial est encore un caractère qui se lie à l'existence des bruits carotidiens. On peut bien trouver des bruits carotidiens sans que le pouls radial soit dicrote, c'est même le cas le plus ordinaire, mais jamais le pouls radial n'est dicrote sans qu'il y ait des bruits aux carotides. Ce fait, que je présente comme un résultat de l'observation la plus rigoureuse, doit servir à nous faire comprendre le mode de production de cette singulière modification du pouls que l'on a appelé pouls *dicrote.*

Le pouls *dicrote* (Galien), *bis feriens, rebondissant* (Nihell), est caractérisé par deux pulsations qui répondent à une seule contraction du cœur. Galien le compare assez justement au coup de marteau qui frappe l'enclume, et qui est suivi immédiatement d'un second coup plus léger dépendant du rebondissement (1). Mais non-seulement la première des deux pulsations qui constituent le pouls dicrote est plus marquée que la seconde, elle présente encore un volume plus considérable que ne l'est celui du pouls normal. Et par conséquent la surabondance de sang qui donne lieu au pouls dicrote est doublement prouvée 1° par la plénitude exagérée de la première pulsation, 2° par l'existence de la seconde, qui, bien

---

(1) *Quemadmodum ex malleis incudem percutientibus, et postea resilientibus apparet.* (*De Diff. puls.*, ch. 17.)

qne très-petite, indique néanmoins un excès dans la masse du sang en circulation.

Pendant fort longtemps on fit dépendre le pouls dicrote d'*une vapeur fuligineuse qui existait dans les artères.* Cette explication barbare, qui est présentée sérieusement dans le lexique de Castelli, à l'article *Dicrotus,* fut également donnée par Joseph de Pablo à son élève Solano, en 1707, lorsque celui-ci commença ses recherches sur la valeur séméiologique du pouls dicrote (1). On est bien loin maintenant de croire à cette étrange théorie qui fit longtemps force de loi dans les écoles; mais néanmoins on n'a pas cherché à lui en substituer une autre.

Toute la difficulté consiste, comme on doit le sentir, à se rendre raison de la seconde des deux pulsations qui constituent le pouls dicrote. Il est bien évident que cette seconde pulsation ne dépend pas de l'action du cœur, car le cœur qui bat une seule fois immédiatement avant la première des deux pulsations est, sans aucun doute, le moteur de l'ondée volumineuse qui détermine cette première pulsation. Or, puisque la petite ondée qui produit la seconde pulsation ne vient pas directement du cœur, il faut nécessairement qu'elle résulte de la réaction des gros troncs artériels.

Il y aurait donc deux ondées pour produire le pouls dicrote : une ondée volumineuse lancée par le cœur, une autre plus petite chassée par la réaction des gros troncs artériels. Or, cette conclusion à laquelle nous venons d'être conduits n'a rien qui doive nous étonner, puisque nous savons, d'un côté, que le pouls dicrote se lie nécessairement à l'existence des bruits carotidiens; et que, de l'autre côté, nous avons démontré (septembre, p. 17, 18) que les bruits carotidiens ré-

---

(1) Voyez Sprengel, *Histoire de la médecine*, t. VI, p. 15.

sultent du passage de deux ondées dans les artères carotides, l'une venant du cœur, et l'autre de la réaction élastique de la crosse de l'aorte. Dès lors, la seconde pulsation du pouls radial dicrote résulte du passage de l'ondée aortique qui contribue pour sa part à produire les bruits carotidiens, et qui est poussée par l'élasticité de l'aorte à travers la carotide, l'axillaire et l'humérale, jusqu'à l'artère radiale.

C'est ici l'occasion de produire un fait de séméiologie, que nous n'avons pas encore signalé dans le but d'éviter des répétitions continuelles, c'est que, dans toutes les maladies caractérisées par l'existence des bruits carotidiens, les artères carotides sont le siége d'une double pulsation, d'un véritable *dicrotisme*, qui est surtout apparent chez les individus dont le cou est maigre, et les artères sont superficielles (1). Mais la seconde de ces deux pulsations carotidiennes, qui tient à la réaction élastique de la crosse de l'aorte, ne s'étend pas toujours jusqu'à l'artère radiale pour y produire le pouls dicrote; le plus souvent, elle s'épuise ou se consume dans le trajet des voies artérielles qui s'étendent du cou jusqu'au poignet, et dès lors elle cesse d'être percevable, soit à l'axillaire, soit à l'humérale.

Les maladies dans lesquelles l'ondée aortique peut s'étendre jusqu'aux artères de l'avant-bras, c'est-à-dire dans lesquelles le pouls radial peut être dicrote, sont : la fièvre typhoïde, le typhus (2), les fièvres intermittentes, l'hypochondrie, etc., et les différentes espèces de cachexie. M. Tanquerel des Planches l'a observé 26 fois sur 1200 malades affectés de coliques de

(1) Ce dicrotisme est surtout apparent quand les bruits anormaux des carotides présentent les rhythmes *continus avec redoublement*, et *intermittent double*.

(2) Voyez les observations contenues dans le mémoire cité de M. Landouzy.

plomb. (*Traité des maladies de plomb*, t. I, p. 229) (1). Mais ce qu'il y a de bien curieux à faire remarquer, c'est que les maladies précédentes ne donnent presque lieu au pouls radial dicrote que lorsqu'elles existent chez l'homme. Depuis sept ou huit ans que je me livre à cette étude, et sur 50 cas environ de pouls radial dicrote que j'ai observés, je ne l'ai rencontré qu'une seule fois chez la femme; et cependant, le dicrotisme des artères carotides est visible aussi souvent sur les femmes que sur les hommes, lorsque ces artères sont le siége de bruits anormaux. Si, chez les femmes, l'ondée aortique n'est pas poussée des artères carotides jusqu'aux artères radiales aussi souvent que chez les hommes, cela tient, *je crois*, à ce que les parois de la crosse de l'aorte ont une force de réaction élastique beaucoup moins considérable chez la femme que chez l'homme (2).

Le pouls radial dicrote a acquis dans le temps une certaine importance en séméiologie, par suite des observations de Solano, qui regardait cette variété de pouls comme le signe certain d'une épistaxis imminente. On trouve le résumé succinct des idées de Solano dans un ouvrage très-intéressant de Nihell, médecin de la factorerie anglaise en Espagne, et contemporain de Solano (*Observations sur la prédiction des crises par le pouls*; Paris, 1748). Nihell, qui s'était mis en communication avec Solano, et qui avait pu observer les malades du médecin espagnol, ne partage pas ses idées trop absolues sur le caractère infaillible du pouls dicrote dans la prédiction des hémorrhagies nasales, il regarde « ce pouls

(1) On l'observe quelquefois dans l'*insuffisance* des valvules aortiques; lorsque l'ondée sanguine, chassée par la réaction élastique de l'aorte, se porte en deux sens opposés, dans le ventricule où elle reflue, et vers les capillaires.

(2) D'après cette raison, je serais porté à croire que le pouls radial dicrote n'existe pas chez les enfants.

plutôt comme *le signe et l'effet d'une tendance à l'hémorrhagie du nez, que comme un signe certain et absolu de cette hémorrhagie,* comme *dom Solano* l'a positivement assuré. » (P. 94.) Voici maintenant les symptômes qui, plus ou moins réunis, annoncent *cette tendance* à l'hémorrhagie nasale, et qui, au dire de Nihell, se montrèrent 114 fois sur 121 malades affectés de pouls dicrote : « Douleur et pesanteur de tête, vertige, stupidité, affections soporeuses et léthargiques; douleurs au front et aux tempes, dans les oreilles et les yeux, quelquefois avec des tiraillements, des élancements et une pulsation extraordinaire des artères. »

A ces symptômes, qui accompagnent le pouls radial dicrote, et qui indiquent évidemment une congestion céphalique dont le saignement de nez est un résultat fréquent, comme cela s'observe dans la fièvre typhoïde, dans la colique de plomb, etc. (1), Nihell aurait pu ajouter les autres symptômes qui dénotent une congestion dans les viscères thoraciques, tels que les palpitations, l'anxiété précordiale, la respiration fréquente, suspirieuse. etc., tous phénomènes que j'ai observés quand le pouls radial est dicrote, c'est-à-dire quand il y a des bruits carotidiens. Et, comme on le voit dès lors, le pouls radial dicrote est tout simplement une des nombreuses expressions de la surabondance du sang, surabondance dont il est impossible de nier l'influence sur la production de l'hémorrhagie nasale.

On trouve dans l'ouvrage de Nihell 19 observations détaillées de pouls dicrote, dont 12 sont recueillies par Nihell et 7 par Solano. Eh bien, ces observations viennent confirmer ce que j'ai dit plus haut des circonstances dans lesquelles se montre le pouls dicrote. Toutes ces observations portent sur

(1) M. Tanquerel a observé l'épistaxis dans 13 cas de colique de plomb, mais il ne dit pas si dans ces cas le pouls était dicrote (pag. 230).

des maladies dans lesquelles il y a des bruits artériels : ce sont des fièvres intermittentes, des fièvres continues, pourprées, putrides, des cachexies, etc. ; et, chose remarquable, les sujets des 19 observations de Nihell et de Solano sont des hommes, sans que pourtant l'espèce d'exception qui affecte ici les femmes ait été remarquée de ces deux médecins.

Il ne faut pas confondre avec le pouls dicrote une variété de pouls qu'on pourrait appeler pouls *récurrent* (1), parce que l'ondée qui le produit arrive dans l'artère radiale par sa partie inférieure, et au moyen des anastomoses nombreuses qui font communiquer l'artère radiale avec l'artère cubitale. On obtient à volonté le pouls *récurrent* en comprimant fortement l'artère radiale quelques centimètres au-dessus de l'articulation du poignet, de manière à intercepter complétement le passage de l'ondée qui est poussée de la partie supérieure de l'artère radiale dans sa partie inférieure. Malgré cette compression, on voit et l'on sent manifestement au-dessous du point comprimé une pulsation qui ne peut tenir qu'à une ondée rétrograde qui y pénètre par des voies anastomotiques. Le pouls *récurrent* ne peut guère être considéré comme un symptôme, car on le provoque et on l'observe chez la plupart des individus à l'état sain. Il existe par conséquent aussi dans les cas où le pouls est dicrote ; mais alors on observera que la pulsation due à l'ondée récurrente coïncide exactement avec la première pulsation du *dicrotisme*, et se confond avec elle. On ne peut donc, avec M. Pigeaux (*Traité des maladies des artères*), expliquer par l'ondée récurrente la seconde pulsation du pouls dicrote, celle que nous avons dit dépendre de la réaction de la crosse de l'aorte, puisque la récurrence de l'ondée a lieu avant la

(1) On appelait autrefois *pouls récurrent* un pouls qui, après avoir été très-petit, se relevait peu à peu. (Senac, *Traité de la structure du cœur*, t. II, p. 219 ; 1749.) Il n'y a donc aucun rapport entre le pouls récurrent des anciens médecins et celui dont il est question ici.

manifestation de cette seconde pulsation. D'ailleurs, il y a d'autres différences qui ne permettent pas de confondre ces deux variétés de pouls : le pouls récurrent n'existe qu'à l'artère radiale; le pouls dicrote est plus apparent à l'artère humérale qu'à l'artère radiale; le pouls récurrent s'observe chez les femmes comme chez les hommes; le pouls dicrote n'existe, pour ainsi dire, que chez l'homme; le pouls dicrote est toujours un symptôme, et un symptôme qui se lie à la présence des bruits artériels; le pouls récurrent est un phénomène propre à l'état de santé et de maladie, et par conséquent il existe le plus souvent sans qu'il y ait des bruits dans les artères (1).

---

(1) C'est ici l'occasion de parler d'une sorte de pouls veineux sur lequel M. Martin-Solon a appelé l'attention par une communication faite à l'Académie de médecine dans la séance du 8 octobre 1844 (*Bulletin de l'Académie*, etc.). Ce pouls, qu'on pourrait appeler *pouls veineux récurrent*, est visible aux veines dorsales de la main où il est produit par le retour à travers les capillaires de l'ondée qui a traversé les artères radiale et cubitale. Il avait déjà été observé par les médecins anglais Ward et Graves sur des malades qui se trouvaient dans les mêmes circonstances que ceux de M. Martin-Solon, en ce sens, qu'ils avaient été *abondamment saignés*. Trois ou quatre ans avant la communication de M. Martin-Solon, j'avais observé à l'hôpital Necker un *pouls veineux récurrent* qui réunissait tous les caractères signalés par cet honorable médecin. Il existait chez un malade qui avait subi des hémoptysies abondantes, et qui présentait tous les signes de la cachexie post-hémorrhagique, y compris par conséquent les bruits artériels. Je dois dire que ce pouls veineux me fut signalé par M. Richet, qui était alors interne de M. de Larroque, que je remplaçais.

Je regarde encore ce phénomène comme une des expressions si nombreuses de la polyémie, et en particulier de cette polyémie séreuse qui suit les pertes de sang répétées. Comment, en effet, pourrait-on comprendre sans cela l'état des veines de la main qui, dans l'intervalle de leurs pulsations, sont, ainsi que le dit M. Martin-Solon, *saillantes*, *arrondies*, *comme transparentes* et *d'une couleur rose*, etc. (Voyez le *Bulletin de l'Académie.*)

Pour résumer ce que nous venons de dire des caractères du pouls radial lorsqu'il y a des bruits aux carotides, nous devons conclure, 1° que le pouls radial présente toujours un volume exagéré; 2° qu'il peut être mou, dur, vibrant ou dicrote; 3° que le pouls caroditien est dur, vibrant et dicrote sans être jamais mou; 4° que lorsque le pouls est dur, vibrant ou dicrote à la radiale, il présente ces caractères d'une manière encore plus marquée à l'artère carotide.

Cependant nous n'en avons pas encore fini entièrement avec l'étude sphygmique des artères. Nous venons de traiter de la pulsation artérielle considérée en elle-même, c'est-à-dire de ce mouvement rapide de dilatation qu'on appelle *pouls;* nous devons maintenant nous arrêter sur un point assez négligé en séméiologie, je veux parler de l'état de l'artère, et en particulier de l'artère radiale hors le temps de sa pulsation.

A l'état normal, l'artère radiale, dans l'intervalle de ses pulsations, présente au doigt une certaine résistance qui la fait ressembler presque à un cordon solide; au contraire, dans l'état anormal qui se lie à la présence des bruits artériels, l'artère radiale n'est pas habituellement résistante au doigt hors le temps de ses pulsations, non-seulement quand le pouls est mou, mais même lorsqu'il est dur ou vibrant. Et comme l'ondée qui produit le pouls est alors exagérée (puisqu'il y a des bruits aux carotides), elle donne lieu à une ondulation très-marquée; mais celle-ci s'efface brusquement en laissant après elle une sensation de vide au doigt qui continue de presser l'artère.

Maintenant, quelle est la cause qui amène un état si opposé dans la résistance du tube artériel, suivant qu'on l'examine à l'état normal, ou dans l'état pathologique qui accompagne les bruits carotidiens? On pourrait croire au premier abord que, dans le premier cas, la dureté de l'artère est un résultat purement passif de la tension mécanique de ses parois et de l'abondance du sang qui remplit le tube artériel; tandis

que, dans le second cas, l'artère n'est pas assez pleine pour que ses parois soient tendues, et par conséquent résistantes au doigt. Mais il est difficile d'adopter ce mode d'explication quand on réfléchit à différentes circonstances que nous connaissons déjà en partie, et sur lesquelles nous allons revenir. Si l'on veut tenir compte de ces circonstances, on arrive à reconnaître que la résistance de l'artère dans l'intervalle du pouls est l'effet d'une constriction tonique et permanente exercée par la paroi artérielle sur le sang que renferme le tube artériel; et par conséquent, dans les cas où il y a des bruits artériels, et où, par suite d'une coïncidence habituelle, l'artère n'est pas résistante au doigt dans l'intervalle de ses pulsations, c'est qu'alors les parois artérielles ont perdu leur fonction de *tonicité*, et ne peuvent plus se resserrer d'une manière toniquesur le sang qu'elles contiennent.

En effet, rappelons les expériences comparatives que nous avons faites sur les animaux soumis à des pertes de sang. Nous avons vu que l'ondée intermittente lancée par la contraction du cœur à travers l'ouverture pratiquée à la carotide était beaucoup plus considérable chez les lapins saignés plusieurs fois que chez ceux qui n'avaient pas subi des saignées répétées; mais par contre, nous avons vu que le jet de sang continu qui sortait de l'artère carotide dans l'intervalle de ces ondées intermittentes était plus énergique chez les animaux sains que chez ceux qui étaient affaiblis par des émissions répétées de sang.

A ces détails déjà connus, nous en ajouterons d'autres qui sont importants dans la question qui nous occupe : c'est, 1° que chez les animaux sains les artères sont dures et résistantes au doigt dans l'intervalle des pulsations, tandis qu'elles sont molles et non résistantes chez les animaux affectés de cachexie post-hémorrhagique; 2° que cette dureté de l'artère, dans le premier cas, persiste jusqu'à la fin de l'hémorrhagie épuisante déterminée par la section de la carotide, et qu'en

même temps l'énergie du jet continu ne faiblit pas à mesure que le système artériel se désemplit. Or, si l'énergie de ce jet continu et la dureté de la paroi artérielle étaient un résultat purement mécanique de la plénitude des artères, elles devraient bientôt diminuer l'une et l'autre après la sortie des premières ondées. On devrait, en un mot, observer ici ce que l'on voit lorsque l'on pratique la saignée des veines du bras, et que ces veines sont distendues à l'excès et dures par suite de la ligature qui force le sang à s'accumuler dans leur intérieur : les premiers jets de sang suffisent pour affaisser le volume exagéré de ces veines en leur faisant perdre la résistance qu'elles opposaient au doigt avant l'ouverture pratiquée par la lancette. Or, je le répète, il n'en est pas ainsi des artères observées sur les animaux non cachectiques : leur dureté et leur résistance persistent presque jusqu'à la fin de l'hémorrhagie, parce que jusqu'à la fin leur constriction tonique s'exerce sur le sang qu'elles renferment.

On peut encore observer ce double fait sur les animaux sains et affectés de cachexie post-hémorrhagique : c'est qu'en mettant à nu les mêmes troncs artériels, on remarque qu'ils contiennent la même quantité de sang chez les uns et les autres, bien qu'ils soient durs au toucher chez les animaux sains, et dépourvus de résistance chez les animaux cachectiques. Il y a plus, c'est que, chez ces derniers, le calibre de l'artère est plus agrandi que chez les individus sains. Cet agrandissement, facile à constater sur les gros troncs, tient, comme nous le savons, à l'*atonie* de la membrane propre des artères; et c'est encore la même cause, l'*atonie*, qui ôte à la paroi artérielle la faculté de se resserrer sur le sang qu'elle contient, et qui fait que l'artère n'est pas résistante au doigt chez les animaux affectés de cachexie post-hémorrhagique, comme elle l'est chez ceux qui sont vierges de toute perte de sang.

Cette discussion nous conduit à reconnaître, avec Burdach (*Traité de physiologie*, t. VI, p. 350), que les artères réa-

gissent sur le sang de deux manières différentes, par *tonicité* (1) et par *élasticité*. La réaction par *tonicité* existe dans l'état sain et dans les différentes maladies qui ne sont pas caractérisées par l'existence des bruits artériels. La réaction par élasticité est à peu près la seule qui se trouve dans ces dernières maladies; et par conséquent la réaction de la crosse de l'aorte qui joue un rôle capital dans la production des bruits carotidiens et du pouls dicrote, cette réaction, dis-je, est, comme nous l'avons toujours appelée, une *réaction élastique*. Son intensité est en rapport direct avec l'amplitude de la dilatation qui la précède et la provoque; et dès lors, plus l'ondée lancée par le cœur est surabondante, plus cette réaction est énergique.

Comme on le voit, le défaut de résistance de l'artère radiale dans l'intervalle du pouls, et l'exagération du volume du pouls, sont deux résultats ordinairement coïncidants dans les maladies où il y a des bruits artériels; et tous deux dérivent de la même cause, de l'*atonie* (2). C'est, en effet, l'atonie du cœur

(1) Aux preuves données par Burdach en faveur de la tonicité artérielle, on pourrait ajouter la suivante : c'est qu'en mettant à nu une artère sur un animal sain, le contact de l'air ou des instruments de dissection produit sur cette artère un tel degré de constriction que ses pulsations ne sont plus visibles, tandis qu'on les sent parfaitement bien sur les autres artères. Si l'animal est affaibli par des saignées, on n'observe plus le même résultat; les pulsations de l'artère mise à nu sont très-apparentes, parce que la tonicité artérielle ne peut plus assez s'exagérer pour s'opposer à l'arrivée de l'ondée lancée par le cœur.

(2) Par conséquent, toutes les fois que l'artère radiale ne résiste pas au doigt dans l'intervalle des pulsations, et que ses pulsations n'ont pas une plénitude anormale, cela indique ou que le cœur se contracte incomplétement, ou que le sang n'est pas en quantité suffisante relativement à la dilatation de ses réservoirs; dans ce cas, il y a absence de bruits artériels, et le malade est en danger de mort, à moins que cet état ne résulte d'une lipothymie, d'une hémorrhagie passagère, ou de l'application de la grande ventouse.

qui, en permettant la dilatation des cavités cardiaques, donne un volume exagéré à l'ondée qui va dilater les artères; c'est encore l'atonie des parois artérielles qui empêche ces parois d'exercer une constriction permanente sur le sang, et qui fait que le tube artériel ne résiste pas au doigt dans l'intervalle de ses pulsations, quelque dures et vibrantes que soient ces pulsations. Cette connexion de résultats est du reste parfaitement démontrée par les changements qui surviennent lors de la guérison de la maladie et de la disparition des bruits. Au fur et à mesure que ces bruits diminuent d'intensité, on sent peu à peu l'amplitude des pulsations diminuer, pendant que peu à peu l'artère redevient résistante au doigt dans l'intervalle des pulsations. C'est qu'alors la tonicité du cœur et des artères reparaît : les cavités du cœur diminuent de capacité, l'ondée qui en sort est moins volumineuse, et les artères se resserrent d'une manière continue sur le sang qu'elles contiennent.

Nous avons dit que la dilatation du cœur, avec ou sans augmentation d'épaisseur de ses parois, était un fait d'anatomie pathologique qui se liait aux bruits artériels, et qui résultait de l'atonie du cœur. Nous ajouterons que l'atonie des artères donne lieu également à une altération anatomique qui coïncide avec la précédente, et qui est facile à vérifier sur tous les sujets qui succombent à une maladie caractérisée par l'existence des bruits artériels, tels que les cachexies, la fièvre typhoïde, la variole, etc. : c'est la présence d'une quantité notable de sang dans le système artériel. Cette congestion artérielle résulte de ce que, au moment de la mort, les artères n'ont pas assez de *tonicité* pour expulser le sang qu'elles renferment; et dès lors les artères ne sont plus vides de sang, comme on les observe sur les cadavres des individus qui ont succombé à des affections dans lesquelles il n'y a pas de bruits artériels.

Cette atonie, qui affecte le cœur et les artères et qui par

là joue un rôle si important dans les maladies que nous avons examinées (1), porte aussi, comme nous l'avons déjà dit, sur d'autres tissus de l'économie ; c'est ainsi que les muscles et la peau sont également frappés d'un relâchement atonique. Il est surtout un organe qui en est affecté d'une manière remarquable : c'est l'iris. *La pupille est dilatée dans toutes les maladies autres que l'insuffisance, qui sont caractérisées par l'existence des bruits artériels.* Mais, comme nous l'avons déjà fait observer pour l'appréciation du volume du cœur et de la plénitude du pouls, il ne faut pas juger absolument l'état de dilatation de l'ouverture pupillaire; car on sait que les diamètres de cette ouverture varient beaucoup suivant les individus. Il faut examiner comparativement les dimensions de la pupille pendant et après l'existence de la maladie qui s'accompagne des bruits artériels. On verra alors, à n'en pas douter, que cette ouverture se rétrécit à mesure que les bruits se dissipent, que le pouls se resserre, que l'artère radiale devient résistante au doigt dans l'intervalle du pouls, et que le volume du cœur diminue.

Ce symptôme de la dilatation de la pupille n'a pas encore été signalé d'une manière générale comme coïncidence des bruits artériels dans les maladies où ces bruits existent. On n'en a guère parlé que comme phénomène sympathique de la présence des vers intestinaux chez les enfants, sans voir que cette dilatation pupillaire est, dans ce cas, un résultat pur et simple de la cachexie produite par les helminthes, comme elle l'est de toutes les autres cachexies. Je dois rappeler encore, à cette occasion, que M. de Larroque a le premier constaté la dilatation de la pupille chez les individus affectés de fièvre typhoïde. C'est à peu près là que se borne tout ce que la séméiologie possède au sujet de la dilatation

(1) Excepté l'insuffisance des valvules aortiques.

de la pupille dans les maladies précédemment étudiées; aucun auteur, à ma connaissance, n'en a fait mention dans l'hypochondrie, le scorbut, la variole, la grossesse, etc. etc. (1).

L'atonie qui donne ainsi lieu au relâchement du cœur, des artères, de la pupille, etc., est, comme nous l'avons vu, consécutive à des altérations du sang assez précises. C'est ainsi qu'elle peut dépendre de la diminution des globules (cachexie, grossesse (2), hypochondrie), de celle de la fibrine (pyrexies, scorbut), et de celle de l'albumine (hydropisies). Elle peut dépendre aussi de la rétention, dans le sang, des matériaux qui servent à la sécrétion de la bile (ictère). Quant à l'atonie qui se montre à l'époque menstruelle, dans l'aménorrhée non chlorotique et dans la calenture, il est difficile de préciser à quelle altération du sang elle est liée; mais il est toujours permis de supposer que, dans ces cas et surtout dans la calenture, le sang n'est pas à l'état normal, sans qu'il soit possible de préciser au juste la nature de son altération. Après tout, il n'est pas absolument impossible que l'atonie qui nous occupe soit quelquefois indépendante d'une altération du sang, et qu'elle résulte directement d'une affection primitive du système nerveux.

Dans tous les cas, et quelle que soit la cause de l'atonie, celle-ci a pour effet nécessaire d'augmenter la capacité du cœur et des artères, et par conséquent de rendre plus considérable la masse du liquide sanguin. Il sort des cavités dilatées du cœur

---

(1) La dilatation de la pupille existe dans toutes les maladies où il y a des bruits artériels; mais il ne faudrait pas me prêter cette opinion, que la dilatation de la pupille s'observe seulement dans ces maladies.

(2) J'ai oublié de dire, à l'article *Grossesse*, que l'insuffisance des globules sanguins qui existe chez les femmes grosses dépend de la dyspepsie, qui figure avec raison au nombre des signes de la grossesse.

une ondée dont le volume n'est pas proportionné avec le calibre des artères et des orifices artériels, et il en résulte un frottement exagéré qui est la cause directe des bruits carotidiens, et de ceux qui peuvent s'entendre dans le même instant aux orifices artériels du cœur et au premier temps.

Ces bruits dépendent donc immédiatement d'une altération dans la quantité de l'ondée sanguine, quelle que puisse être d'ailleurs l'altération dans la nature du sang, qui a d'abord agi sur le cœur et les artères pour en déterminer l'ampliation, et pour augmenter la masse du sang. Et par conséquent, la cause des bruits artériels n'est pas différente de celle des bruits liés au rétrécissement des orifices du cœur, et même de celle des râles vibrants et du souffle glottique; car tous ces différents bruits, qui ont entre eux beaucoup de ressemblance et qui même peuvent être confondus ensemble, dépendent d'un défaut de proportion entre le calibre des tubes et le volume de l'air ou du sang qui est obligé de lestraverser.

Cette altération dans la quantité du sang, qui donne lieu aux bruits artériels, détermine en même temps la production d'autres symptômes de polyémie qui se montrent à titre de signes rationnels ou physiologiques, dans toutes les maladies où il y a des bruits. La coïncidence de ces symptômes et des bruits n'avait pas échappé au génie investigateur de Laennec; mais ce grand observateur était trop influencé par la théorie qu'il s'était faite des bruits pour saisir la véritable raison pathogénique de cette coïncidence. C'est ce qu'il sera facile de voir par le passage suivant, qui nous apprendra en même temps que Laennec s'était exagéré la gravité du pronostic, dans les cas où les bruits existent sur plusieurs artères; on verra aussi, dans le même passage, que la dilatation et l'hypertrophie du cœur avaient été observées par Laennec chez les individus qui présentaient des bruits artériels; mais il ne considérait pas ces altérations du cœur comme une condition nécessaire à la production des bruits. Voici donc ce passage.

« Quand le bruit de soufflet existe à la fois dans le cœur, dans l'aorte, les carotides, les sous-clavières, les brachiales et les crurales, il y a anxiété extrême, gêne de la respiration, fréquence du pouls, quelquefois sentiment d'une chaleur interne incommode, sans que l'état de la peau et l'ensemble des symptômes indiquent un état fébrile. Cet état est toujours extrêmement grave, et je pense que par lui-même il peut occasionner la mort. Cependant, les sujets que j'ai vu succomber avaient en même temps une hypertrophie ou une dilatation plus ou moins marquée du cœur. D'un autre côté, j'ai vu guérir un jeune homme qui, outre le bruit de soufflet général, avait une hypertrophie très-forte du cœur. » (*Loc. cit.*, t. II, p. 765.)

Il n'est pas nécessaire, comme le dit Laennec, que les bruits se montrent sur les principaux troncs artériels, pour qu'il y ait de l'anxiété et de la gêne dans la respiration. Il est vrai que ces symptômes seront d'autant plus intenses que plus d'artères seront le siége de bruits ; mais ils affecteront les malades d'une manière encore très-notable si les bruits sont limités aux seules artères carotides, à condition toutefois que ces bruits soient assez forts pour s'accompagner d'un frémissement sensible au doigt. Dans ce cas, les symptômes coïncidants avec les bruits seront beaucoup plus nombreux que ne l'indique Laennec. Voici la reproduction complète de ces symptômes qui peuvent marquer l'existence des bruits carotidiens, et qui sont liés comme ces bruits à la surabondance de l'ondée lancée par le cœur dilaté :

Céphalalgie pulsative, pesanteur de tête, sentiment de constriction des tempes, somnolence, vertiges, éblouissements, bourdonnements d'oreille, dilatation des pupilles, cécité, coma, paralysie; dyspnée, respiration suspirieuse, anxiété, sentiment de constriction du thorax, palpitations, sentiment de poids au cœur, cauchemar, incube, bruits normaux de cœur éclatants, bruit de souffle au premier

temps du cœur, augmentation du volume du cœur, choc métallique produit par la pointe de cet organe contre les parois thoraciques, bruits artériels normaux et anormaux, battement des artères, dicrotisme des carotides, plénitude du pouls radial, qui peut être mou, dur, vibrant ou dicrote; défaut de résistance de l'artère radiale dans l'intervalle de les pulsations; gonflement des veines (1), pouls récurrent des veines dorsales de la main, hémorrhagies.

Ces symptômes, comme nous le savons, ne se rencontrent pas toujours réunis : quelques-uns d'entre eux prédominent suivant les maladies et suivant les individus; leur intensité est en rapport avec celle des bruits artériels. Ils diminuent immédiatement après une émission de sang, ou après l'application de la grande ventouse; ils augmentent, au contraire, quand l'individu vient de se livrer à un exercice musculaire, et que le sang veineux exprimé des radicules veineuses par la contraction musculaire vient augmenter la congestion des organes contenus dans le crâne ou dans le thorax; dans ce cas, le sang veineux afflue de tous les muscles, comme cela se voit si manifestement aux veines de l'avant-bras, quand on contracte vivement les muscles de cette région.

Il y a d'autres symptômes de polyémie qui sont spéciaux à certaines altérations du sang. S'il y a hydrémie, si par conséquent le sang présente peu de globules sanguins, beaucoup de sérum, avec proportion normale de la fibrine, la face est pâle, le sérum du sang s'extravase et donne lieu à l'œdème des paupières et de la région malléolaire ; mais dans cet œdème la

(1) Le gonflement des veines superficielles dépend surtout de la laxité de la peau frappée d'atonie comme les autres tissus; il est souvent peu marqué chez les cachectiques, à cause du sentiment habituel de froid qu'ils éprouvent et de l'état de crispation qui en résulte dans l'enveloppe cutanée. Mais si les cachectiques sont placés dans un lieu chaud, ou s'il s'agit d'individus affectés en même temps de fièvre et de bruits artériels, les veines superficielles présentent un gonflement remarquable.

peau ne conserve pas l'impression du doigt. Si le sang pèche par un défaut d'albumine, l'œdème affecte alors une étendue considérable, et la peau conserve l'impression du doigt. Si, au contraire, c'est la fibrine dont la quantité est insuffisante, il se produit des hémorrhagies dans différents organes, beaucoup plus abondantes que si elles dépendaient d'une polyémie, avec conservation de la proportion normale de fibrine. Ajoutons que ces symptômes spéciaux, comme les symptômes communs de la polyémie, diminuent momentanément lorsqu'on produit une déplétion sanguine.

Cette liaison des bruits artériels avec les symptômes précédemment énumérés jettera souvent de grandes lumières sur le diagnostic. Ainsi, par exemple, je suppose qu'un malade soit affecté à un degré marqué de somnolence, d'anxiété précordiale, de palpitations, etc.; si ce malade présente en même temps des bruits intenses aux carotides, il faudra, sauf les complications incidentes, considérer ces symptômes prédominants comme des effets de la même affection qui a déterminé la production des bruits, et dès lors on fera dériver les indications thérapeutiques de cette considération pathogénique.

La même liaison des bruits artériels et des symptômes de polyémie aura également de l'importance pour l'étude de la pathologie. Il suffira, en effet, à l'élève de savoir que les bruits artériels existent dans une maladie, pour connaître à l'instant même la série de tous les symptômes et de toutes les lésions qui se lient à ces bruits dans la constitution de cette maladie. Il ne lui manquera plus, pour en tracer la description complète, que d'ajouter aux symptômes précédents les divers groupes de ceux qui résultent des autres altérations organiques ou des différents *états organo-pathologiques*, ainsi que les appelle M. le professeur Piorry.

Mais, dira-t-on, la surabondance de la masse sanguine ne

suffit pas pour produire les bruits artériels, puisque l'on observe fréquemment des *pléthores* évidentes qui ne sont pas accompagnées de bruits carotidiens. Pour résoudre cette difficulté, qui a dû se présenter déjà depuis si longtemps à l'esprit du lecteur, nous devons entrer dans quelques détails sur l'état pathologique auquel on a donné le nom de *pléthore*.

Ce mot, synonyme des mots latins *copia, plenitudo*, signifie, dans sa plus large acception, toute surabondance des liquides ou des produits de sécrétion (1). C'est dans ce sens qu'il faut comprendre la *pléthore bilieuse, graisseuse, séreuse*, etc., de certains auteurs, qui entendent par là une surabondance de la bile, de la graisse, de la sérosité, etc.; et, pour le dire en passant, c'est à cause de cette large signification du mot *pléthore* qu'en traitant des cachexies j'ai préféré le terme de *polyémie séreuse* à celui de *pléthore séreuse :* le premier terme signifie précisément une surabondance de sang séreux, tandis que le second pourrait faire comprendre une surabondance de sérosité, ce qui n'est plus du tout la même chose.

Cependant, dans son acception la plus commune, le mot *pléthore* fut habituellement employé pour désigner une surabondance de sang : l'on admit une pléthore *vraie* ou *légitime*, dans laquelle le sang, bien que surabondant, n'était pas altéré sensiblement dans sa qualité, et, par contre, on reconnut une *pléthore fausse*, dans laquelle le sang surabondant présentait une altération évidente dans sa nature. On reconnut encore une pléthore *ad vasa*, dans laquelle le symptôme prédominant était une distension des vaisseaux, surtout des veines, et une pléthore *ad vires*, qui était caractérisée par une oppression considérable des forces; mais ces divisions scholastiques furent elles-mêmes peu à peu négli-

(1) Il faut consulter à ce sujet les *définitions* de Gorrée, les dictionnaires de Castelli et de Blancard.

gées, et l'on finit par comprendre sous le nom de *pléthore proprement dite* la surabondance d'un sang de bonne qualité, *boni sanguinis abundantia*, comme nous l'avons vu dans une citation empruntée aux *Commentaires* de Van Swieten.

Ainsi donc, la signification actuelle du terme de pléthore a autant trait à la qualité du sang (1) qu'à sa quantité. C'est ainsi qu'on appelle *pléthoriques* les individus jeunes, vigoureux et bien portants, à condition toutefois qu'ils aient la face notablement colorée, parce qu'on suppose que chez eux il y a surabondance d'un sang de bonne qualité.

Les symptômes qu'on attribue à la *pléthore proprement dite*, telle qu'on l'admet généralement, c'est-à-dire à l'augmentation de la masse sanguine sans altération bien marquée dans la nature du sang, ces symptômes, dis-je, sont la turgescence avec rougeur de la face, les vertiges, la somnolence, la pesanteur de tête, la dyspnée, l'anxiété précordiale, etc. (2). Or, la pléthore ainsi caractérisée s'accompagne très-souvent des bruits carotidiens; car elle existe habituellement ainsi dans la forme inflammatoire de la fièvre typhoïde, dans la variole, dans l'aménorrhée non chlorotique, dans la calenture, très-probablement dans la suette, ainsi que nous l'avons supposé, et quelquefois même dans les cas de grossesse où le chiffre des globules n'est pas sensiblement abaissé.

D'autres fois, je j'avoue, il y aura de la *pléthore*, c'est-à-dire de la rougeur avec turgescence de la face, de la lourdeur de tête, des vertiges, etc., sans qu'on observe en même temps des bruits artériels; pourquoi cela? C'est que, dans ces cas-là, et

(1) On sait que M. Andral (*Hématologie*) n'a égard qu'à la seule qualité du sang dans l'emploi du terme de *pléthore*, puisqu'il l'applique à l'état de surabondance des globules sanguins.

(2) Voyez *Essai sur la pléthore ou polyémie*, par Calemard-Lafayette : thèse de Paris, 1809.

comme nous l'avons déjà exposé à propos de l'aménorrhée et de la grossesse, la rougeur de la face, les vertiges, etc., dépendent d'une congestion capillaire, d'une simple fluxion de la face et des organes céphaliques sans surabondance dans le volume de l'ondée qui part du cœur, et sans dilatation, par conséquent, dans les cavités de ce dernier organe. La même fluxion sanguine pourra affecter les vaisseaux capillaires du poumon, du foie, de l'utérus, etc., comme ceux de la tête, et donner lieu, par conséquent, à divers symptômes d'hypérémie locale de ces différents organes. Et, dans ce cas, l'on comprend qu'il n'y ait pas de bruits artériels, puisque le volume de l'ondée qui est chassée du cœur n'est pas exagéré.

Il faut donc partir de là pour distinguer deux espèces de *pléthores proprement dites,* de *pléthores franches,* c'est-à-dire de *pléthores* caractérisées par un sang surabondant, et non altéré sensiblement dans sa qualité. Dans les deux pléthores, il y aura rougeur de la face, et congestion d'un sang non séreux dans les principaux viscères des cavités crânienne et thoracique. Mais dans l'une, la rougeur de la face et la congestion des viscères seront liées à la surabondance de l'ondée qui part des cavités dilatées du cœur; le pouls aura un volume exagéré, avec battements violents des carotides; il pourra être vibrant ou dicrote, avec défaut de résistance de l'artère radiale dans l'intervalle des pulsations. Dans l'autre, la rougeur de la face et les congestions viscérales dépendront de simples fluxions sanguines qui se seront portées sur la peau de la face et sur les viscères; il n'y aura ni surabondance de l'ondée qui part du cœur, ni battements marqués des carotides, ni augmentation de volume du cœur. Le pouls, sans présenter un volume exagéré, pourra avoir de la dureté; mais il ne sera ni vibrant, ni dicrote; l'artère aura de la résistance dans l'intervalle de ses pulsations. Cette dernière pléthore ne sera donc qu'une simple *pléthore locale* ou *capillaire,* et l'on conçoit très-bien qu'elle ne s'accompagne pas

de bruits carotidiens; tandis que ces bruits doivent, au contraire, exister dans la première, qui, à vrai dire, est la seule qu'on doive appeler *pléthore générale*, puisqu'elle affecte tout à la fois le cœur, les artères et les vaisseaux capillaires.

Après avoir indiqué les maladies dans lesquelles il y a bruit artériel et surabondance de la masse sanguine, avec ou sans altération manifeste de la qualité du sang, nous allons maintenant parler des affections qui ne sont pas caractérisées par la présence des bruits artériels, et qui, par conséquent, ne présentent pas les lésions fonctionnelles ou organiques auxquelles se lient les bruits carotidiens. Nous devons regarder les phlegmasies comme le type de ces affections, à condition toutefois qu'elles soient franches, et non compliquées.

Ne pouvant, à ce sujet, passer toutes les phlegmasies en revue, nous prendrons l'une d'elles, la pneumonie, qui sera le sujet exclusif de nos considérations.

Beaucoup de médecins regardent la pneumonie comme une maladie dépendant de la *pléthore*, parce qu'elle attaque souvent les jeunes gens forts, vigoureux que, par un abus de langage, on est à peu près convenu d'appeler *pléthoriques*, même quand ils se portent fort bien. Dès lors, on ne manque pas d'assigner à la pneumonie un pouls plein, vibrant, la rougeur de la face, etc.; et dès lors on doit trouver singulier que, si les bruits artériels se lient à la plénitude du pouls et aux autres symptômes de la surabondance sanguine, ces bruits n'existent pas dans la pneumonie. Là-dessus, nous ferons remarquer, 1° qu'effectivement on n'observe jamais de bruits artériels dans la pneumonie franche; 2° que le pouls n'est jamais ni plein, ni vibrant, ni dicrote dans la pneumonie, et qu'il ne devient tel qu'après que le malade a subi plusieurs émissions sanguines. C'est alors seulement que des bruits peuvent s'observer aux carotides; mais ils dépendent alors, comme la plénitude et la vibration du

pouls, de la polyémie séreuse consécutive aux saignées, et nullement de la pneumonie elle-même.

Du reste, on n'observe dans la pneumonie ni vertiges, ni pesanteur de tête, ni tintement d'oreille, ni battements des carotides, etc., comme dans les affections fébriles où il y a des bruits artériels, telles que la fièvre typhoïde ou la variole; et à l'autopsie des individus qui succombent à la pneumonie, on ne trouve pas le cœur dilaté et les artères pleines de sang, comme cela se voit, entre autres maladies, dans les deux que nous venons de rappeler, à moins toutefois, je le répète, que la pneumonie ne soit compliquée d'une polyémie séreuse déterminée par l'abondance des émissions sanguines.

Les seuls symptômes communs à la pneumonie et aux affections caractérisées par les bruits artériels sont l'anxiété et la gène de la respiration. Mais il est presque inutile de faire remarquer que ces symptômes dépendent, dans la pneumonie, de l'hypérémie phlegmasique du poumon; tandis que dans les maladies avec bruits, ils résultent de l'hypérémie non inflammatoire qui affecte les poumons sous l'influence de la surabondance générale de la masse sanguine.

On peut compter encore la phthisie tuberculeuse au nombre des maladies dans lesquelles il n'y a pas de bruits carotidiens; mais encore ici, il faut entrer dans quelques détails de précision. C'est ainsi qu'on observe fréquemment des bruits artériels chez les phthisiques; mais ces bruits dépendent moins de la phthisie que d'une maladie qui complique la phthisie, et qui souvent en a déterminé le développement, telles qu'une cachexie, une hypochondrie, etc. Les bruits existent alors avec tous les autres symptômes concomitants, pendant le premier et même le second degré de la phthisie; mais ils finissent presque toujours par disparaître dans la période ultime ou colliquative de cette maladie, et avec eux disparaissent leurs symptômes concomitants, et entre autres la plénitude du pouls, qui devient alors tout à la fois très-petit et fré-

quent. Et dès lors l'on comprend facilement que le pouls soit petit et qu'il y ait absence de bruits artériels dans le dernier degré de la phthisie quand on se rappelle qu'à l'autopsie des phthisiques on trouve, selon M. Louis, les cavités du cœur très-resserrées, et cet organe d'un petit volume.

Quant aux indications thérapeutiques que réclament les maladies caractérisées par l'existence des bruits artériels, nous allons les exposer d'une manière générale. Il faudra chercher à combattre dans sa cause l'espèce d'altération du sang qui a provoqué l'atonie sous l'influence de laquelle les bruits se sont développés avec les autres symptômes qui les accompagnent. Quand la cause de l'altération du sang ne sera pas précisée ou qu'elle ne pourra être attaquée avec efficacité (typhus, variole, suette, etc.), on se bornera à surveiller la marche de la maladie et à combattre les symptômes prédominants ou les complications qui pourront survenir. Cependant les symptômes de polyémie ne pourront requérir les émissions sanguines que dans les cas où ils annonceront une congestion intense et dangereuse des principaux viscères. On pourra même alors remplacer avantageusement les saignées par une dérivation à l'aide de la grande ventouse. Il n'y a guère d'exception à ce principe que pour la grossesse, l'aménorrhée franche et la calenture, dans lesquelles les saignées procurent un soulagement qui n'est compensé par aucun inconvénient fâcheux; et encore, dans ces différents cas, faudra-t-il bien se garder de les trop répéter.

A ce sujet on ne manquera pas de remarquer avec étonnement que les maladies dans lesquelles nous proscrirons les émissions sanguines d'une manière générale sont justement celles dans lesquelles nous avons établi que le volume du pouls est le plus considérable. C'est en effet une conclusion qui découle de tout ce que nous avons dit jusqu'à présent, conclusion dans laquelle nous persistons, malgré l'espèce de con-

tradiction qui existe ici entre la thérapeutique et la symptomatologie. Il me suffira, pour légitimer cette proposition qui paraît à la fois si contradictoire et si condamnable, de rappeler ce que l'expérience et l'autorité ont consacré relativement aux émissions sanguines dans les différentes maladies que nous avons examinées.

En effet, je crois ne pas me départir du rôle de simple historien en rappelant, 1° qu'en saine pratique on a toujours proscrit les saignées du traitement de toutes les variétés de la cachexie. 2° On a également défendu de saigner dans le scorbut et le *morbus maculosus*. 3° Les émissions sanguines sont également proscrites, ou à peu près, du traitement de l'hypochondrie, de l'ictère spasmodique et de la fièvre intermittente; 4° si on les emploie quelquefois dans les hydropisies, le typhus, la fièvre jaune, la peste, la fièvre typhoïde, la variole et la suette, etc. (1), il est à peu près défendu *généralement* de ne les diriger que contre certaines formes de ces maladies, et encore conseille-t-on, dans ces cas exceptionnels, de ne pas les faire trop abondantes, et de ne pas les répéter.

Et pourquoi dans toutes ces maladies a-t-on ainsi proscrit ou restreint l'emploi des émissions sanguines? C'est parce qu'on a remarqué que les pertes de sang, bien que soulageant ordinairement les malades dans le premier moment, les plongent ensuite dans l'adynamie, et épuisent les ressources de l'organisme. Cette crainte n'a rien que de très-fondé, et nous pouvons facilement nous en rendre compte. Nous savons, en effet, que toutes ces maladies sont caractérisées par une *atonie* qui est la source de plusieurs résultats pathologiques que nous

(1) M. Ménière, dans le travail que nous avons déjà cité, insiste sur les fâcheux effets qui peuvent suivre les émissions sanguines appliquées au traitement de la suette. « Il faut, dit-il, surveiller la saignée avec le plus grand soin, car on a vu plus d'un malade succomber immédiatement après une déplétion sanguine trop rapide. » (*Loc. cit.*, p. 116.)

avons longuement exposés, et entre autres du développement exagéré du pouls; or, nous savons également qu'en pratiquant des émissions sanguines, on ajoutera à l'atonie particulière de la maladie, celle qui résulte inévitablement de la diminution des globules qui suit les pertes de sang.

Comme on le voit, je ne propose aucune innovation au sujet des indications thérapeutiques propres aux maladies qui nous occupent. Je ne fais que confirmer et préciser les résultats de l'expérience consacrée dans la plupart des ouvrages de médecine anciens et modernes. Et pour en revenir à la proposition énoncée plus haut, je répète que je n'ai rien exagéré en disant que les maladies dans lesquelles le pouls est le plus développé sont celles qui requièrent le moins les émissions sanguines (1). On ne doit pas saigner alors, parce qu'on augmente l'atonie, qui fait que le pouls est si développé, et qui en même temps rend l'artère moins résistante dans l'intervalle de ses pulsations. Nous pouvons même tirer parti de ce dernier caractère sphygmique qui coïncide toujours avec le précédent, pour transformer la première proposition en une autre qui consacre d'une manière moins paradoxale les principes thérapeutiques que nous venons de rappeler et de confirmer. Nous pouvons donc dire que, dans les maladies sus-mentionnées, on doit être très-sobre d'émissions sanguines, parce que l'artère radiale n'est pas résistante au doigt dans l'intervalle de ces pulsations. De cette manière nous échapperons au paradoxe, et nous ne sortirons pas des convenances imposées par la tradition; d'un autre côté, nous ne blesserons pas la vérité, puisqu'en fait le défaut de résistance de l'artère dans l'intervalle de ses pulsations se joint toujours au développement insolite de la pulsation, dans les cas de bruits anormaux.

(1) La maladie dans laquelle le pouls a une plénitude plus considérable que dans toute autre est certainement l'*insuffisance* pure des valvules aortiques, et pourtant on est à peu près unanime pour ne pas saigner dans cette maladie

Si donc l'on est généralement convenu d'être très-réservé sur les émissions sanguines dans les maladies précédentes, il est, par contre, d'autres maladies où l'on est également convenu de les employer d'une manière beaucoup plus libérale, sans craindre de voir apparaître des symptômes de prostration et d'épuisement. Ces maladies sont les phlegmasies, et surtout la pneumonie.

Eh bien! pour en revenir sur un point déjà discuté, nous dirons qu'ici l'indication de la saignée n'est pas basée sur le développement exagéré du pouls, puisque le pouls n'est pas *plein* dans la pneumonie. Cela est si vrai qu'on recommande habituellement de ne pas se laisser détourner de pratiquer la saignée chez les pneumoniques par la *petitesse* du pouls. On croit que le pouls est ainsi *petit*, parce que le cœur, opprimé par une trop grande quantité de sang, se contracte incomplétement, et n'envoie qu'une légère ondée dans les artères; et l'on croit encore qu'au fur et à mesure que l'on pratique des saignées, le cœur, débarrassé de la surabondance de sang qui l'opprimait, se contracte plus pleinement, envoie une ondée de sang qui redevient normale pour la quantité, et qui *relève* le pouls à son degré de plénitude ordinaire.

Là-dessus je dois faire quelques remarques. Je ferai observer qu'au début de la pneumonie le pouls n'est pas *petit* comme on le croit, il n'est pas non plus *plein;* il a son volume normal. Au fur et à mesure que l'on pratique des saignées, il se produit, comme nous le savons, une augmentation dans le volume du pouls, parce que les cavités du cœur se dilatent. Il ne faut donc pas considérer cette ampliation du pouls comme le retour du pouls de l'état de *petitesse* à celui de plénitude normale, puisque le pouls, après les saignées, a un volume exagéré ou anormal; et dès lors il n'est pas exact de dire que les saignées *relèvent* le pouls des malades affectés de pneumonie; elles l'*élèvent,* ce qui est bien différent. Et ce qui prouve que cette élévation du pouls, consécutive aux sai-

gnées, est bien réellement exagérée et anormale, c'est que le pouls diminue insensiblement avec l'arrivée de la convalescence, et qu'il est aussi *petit* après la guérison pleine et entière du malade, qu'il l'était au début de la maladie. En même temps, l'artère redevient résistante au doigt dans l'intervalle des pulsations, comme elle l'était avant les saignées.

Les caractères communs et précis que nous avons fait ressortir dans les maladies où l'on observe habituellement les bruits carotidiens, et surtout la cause qui donne lieu à ces caractères, suffisent pour que l'esprit s'arrête à considérer toutes ces affections comme formant une classe à part dans la pathologie. On pense alors involontairement à certains systèmes de médecine qui ont déjà plus ou moins signalé et consacré cette classe sous des noms différents. Qui ne voit, en effet, que le *laxum* de Thémison, l'*alcalinité* de Sylvius de le Boë, l'*asthénie* de Brown, sont surtout applicables aux maladies qui sont marquées au cachet des bruits artériels? Car les bruits artériels, avec les autres symptômes qui leur servent de cortége, dépendent nécessairement d'une *laxité atonique* des tissus; souvent cette laxité résulte elle-même d'une liquidité comme *alcaline* du sang; et il s'y joint nécessairement une *asthénie* qui s'oppose d'une manière générale à l'emploi des émissions sanguines.

Et, par contre, le *strictum* de Thémison, l'*acidité* de Sylvius, l'*état sthénique* de Brown, embrasseraient les maladies caractérisées par l'absence des bruits artériels, et particulièrement les phlegmasies.

Ces trois auteurs, en partant, le premier, de l'état des solides, le second, de la composition du sang, et le troisième, de la considération des forces, avaient donc vaguement pressenti deux classes générales de maladies qui sont physiquement distinguées par la présence ou l'absence des bruits carotidiens.

RECHERCHES PRATIQUES SUR LE TRAITEMENT DE LA SURDITÉ ET EN PARTICULIER SUR LE CATHÉTÉRISME DE LA TROMPE D'EUSTACHE ;

Par le Dr **Marc d'Espine**, *ancien interne des hôpitaux, médecin de l'institut des sourds-muets et des prisons du canton de Genève, membre du conseil de santé, etc. etc.*

(Lu à la Société helvétique des sciences naturelles, réunie à Genève en août 1845.)

Je n'ai pas la prétention de faire ici un traité *ex professo* sur la nature, les causes et le traitement de la surdité. Mon objet est seulement d'exposer d'une manière succincte et complète les résultats que j'ai obtenus, et les remarques que j'ai eu l'occasion de faire, en traitant, pendant le cours de ces six dernières années, une trentaine de personnes atteintes de surdité à des degrés divers, par le cathétérisme de la trompe d'Eustache. Mon unique intention est d'ajouter aux documents qu'on possède déjà sur ce point, le fruit de ma propre expérience.

Mes premiers essais de cathétérisme des trompes d'Eustache ont été faits sur un des jeunes élèves de l'Institut dont je venais d'être nommé médecin. Le jeune homme n'étant pas entièrement sourd, percevant les bruits très-forts, je me demandai s'il n'y avait pas quelque chance d'améliorer son état d'ouïe. Je parcourus donc à son intention les divers traités spéciaux des maladies des oreilles, et je me décidai à faire faire une sonde à une seule courbure sur le modèle de celle d'Itard, et après m'être exercé à pénétrer par les fosses nasales dans les trompes, soit sur le cadavre, soit sur moi-même, de manière à être guidé par mes propres sensations, j'essayai des insufflations d'air et des injections d'eau

dans l'oreille moyenne droite et gauche de notre jeune élève. L'air et l'eau pénétrèrent facilement ; mais, comme après une quinzaine de séances je n'obtins aucun résultat, j'abandonnai mon entreprise, et je renonçai à user davantage de ce moyen avec mes sourds-muets.

Plus tard, j'ai recommencé mes essais chez des sourds non muets que je rencontrai dans ma clientèle; et, comme j'ai gardé quelques notes sur chacun de ces traitements, c'est de l'analyse de ces notes que j'ai tiré tout ce que je vais dire.

Description de l'instrument dont je me sers. — L'instruments dont je me sers est une sonde longue de 5 pouces et quelques lignes, surmontée d'un pavillon conique offrant un diamètre de 3 lignes à son extrémité extérieure, diminuant insensiblement de diamètre jusqu'à son extrémité intérieure qui n'a qu'une ligne de diamètre et se trouve coudée en arc, de manière à décrire un cercle d'un bon pouce de diamètre, lorsque l'on fait tourner la sonde sur son axe. Cette sonde est armée d'un anneau indicateur situé sur le bord convexe de la sonde, vers le pavillon. La sonde est en outre graduée en pouces et lignes tout le long de son trajet, de manière à permettre d'apprécier la profondeur à laquelle la sonde pénètre dans les fosses nasales. En un mot, sauf une plus grande longueur (1 pouce de plus), l'absence d'un second anneau indicateur qui m'a paru tout à fait inutile, et la graduation, la sonde dont je me sers est la sonde d'Itard. Sans prétendre juger la sonde de Saissy qui est à triple courbure, et la sonde de gomme élastique de M. Deleau qui est armé d'un mandrin d'argent, je dirai que la sonde dont je me suis servi a entièrement répondu aux exigences du cathétérisme, et que je n'ai pas éprouvé le besoin de la modifier pour aucun des malades auxquels j'ai eu affaire.

Opération. — La profondeur à laquelle la sonde doit pénétrer directement dans une des fosses nasales en rasant le plus

près possible le plancher de cette fosse est, pour l'adulte, de 2 pouces 6 lignes à 2 pouces 9 lignes (environ 70 millimètres). C'est à cette profondeur seulement que la courbure de la sonde arrive à s'appliquer par son bord concave sur la face postérieure du voile du palais : alors, lorsqu'on a quelque habitude de l'opération, il suffit d'imprimer à la sonde un mouvement de rotation de manière à en diriger le bec en haut et en dehors pour qu'il s'engage dans la trompe.

On a prétendu que l'opérateur était averti de la réussite du cathétérisme par la fixité de la situation que prenait alors l'instrument, je dois dire que si cette observation est juste pour un certain nombre de cas, dans plusieurs autres il arrive que la sonde s'engage fixement dans une sorte de cul de sac sans se trouver pour cela dans la trompe, et d'autres fois la sonde affronte l'ouverture de la trompe sans se trouver pour cela dans une situation fixe, de sorte que, si l'opérateur imprime le moindre mouvement à l'instrument ou si seulement il l'abandonne un instant, la position se dérange entièrement.

En somme, le vrai moyen de juger de ce qui en est, c'est d'emboucher le pavillon de la sonde et de souffler fortement : si le malade accuse la sensation distincte que produit l'entrée de l'air dans l'oreille moyenne, l'opérateur sait alors que son instrument est bien placé. Si quelque obstacle s'opposait à l'arrivée de l'air jusque dans l'oreille, l'instrument aurait beau être bien placé que l'opérateur n'en pourrait pas acquérir la conviction entière, mais alors de brusques et fortes injections d'eau au moyen d'une seringue embouchée dans le pavillon de la trompe, pourraient éclaircir les doutes; et, si ce moyen même ne suffisait pas au premier essai, en tâtonnant et en tenant compte d'une certaine sensation du malade qui peut apprécier jusqu'à quel point les insufflations ou injections s'approchent ou s'éloignent de la direction de l'oreille moyenne, on finit toujours par atteindre la vraie position.

Il y a sous ce rapport assez de variété dans les cas : il m'est arrivé de pénétrer d'emblée, dès la première séance, et il m'est aussi arrivé de ne réussir qu'après 3, 6 et même 9 séances. Mais ce qu'il y a de certain c'est que l'air ou les liquides produisent en arrivant dans la caisse du tympan une impression si caractéristique, qu'une fois que le malade l'a éprouvée, ses indications deviennent parfaitement sûres.

Le degré d'impressionnabilité des malades qui sont soumis au cathétérisme des trompes est aussi très variable. Les uns éprouvent si peu de gêne et de douleur par l'introduction de la sonde que dès la première séance l'opérateur peut tâtonner et même tâtonner long-temps pour essayer d'atteindre la trompe. A peine éprouvent-ils un peu de chatouillement au premier essai. D'autres commencent par éprouver un chatouillement insupportable dès le moment où la sonde s'engage dans la fosse nasale. Puis des nausées surviennent au moment où le bec de l'instrument vient à glisser sur la partie postérieure du voile du palais; de telle sorte qu'il faut, ou retirer très-promptement l'instrument, ou lui faire subir très-vite le mouvement de rotation qui en dirige le bec en haut et en dehors, les nausées en quelque manière convulsives ne permettant pas de prolonger la situation. Je n'ai rencontré qu'un cas où les nausées ont fait un obstacle absolu à la cure, au point que ces accidents qui débutaient dès l'arrivée de la sonde au fond de la fosse nasale, ont décidé la malade à renoncer. C'était au commencement de mes essais de cathétérisme. Ce cas n'est pas mentionné dans le résumé qui termine ce mémoire (1).

(1) Certaines personnes ont les membranes muqueuses si impressionnables que le premier contact de la sonde les fait saigner. Lorque le saignement se borne à colorer la surface de la sonde, on peut ne pas trop s'en embarrasser et continuer l'opération; mais ce saignement peut devenir un véritable épistaxis, auquel cas il

Les tâtonnements par lesquels on cherche à engager le bec de la sonde dans la trompe donnent lieu à une sensation de picotement et même de lacération qui est assez douloureuse chez plusieurs. Cette sensation diffère de celle que cause le passage de la sonde dans les fosses nasales, celle-ci étant plutôt une impression spasmodique tendant à produire l'éternuement, tandis que celle qu'éprouve la membrane muqueuse pharyngienne ressemble davantage à une franche cuisson.

Enfin, on rencontre des malades très-nerveux qui conservent après l'opération, pendant des heures et même des jours entiers, une sorte d'excitation nerveuse d'abord locale, dans le pharynx, puis générale s'étendant à tout le système nerveux, et contre laquelle il faut quelquefois lutter au moyen de bains et de quelques antispasmodiques. Mais le plus souvent, en mettant un intervalle suffisant d'une séance à l'autre, 2 et même 3 jours, les nerfs se calment par le seul effet du repos, et à mesure que le cathétérisme se répète, la susceptibilité diminue.

Toutefois quelque habitude qu'on ait du cathétérisme des trompes, il est des cas où le passage de la sonde ne se fait ni facilement ni rapidement, et cela par suite d'une conformation vicieuse des fosses nasales qui n'est pas rare, car je l'ai rencontrée chez plusieurs de mes 32 sujets.

Ainsi la cloison médiane qui sépare les deux cavités offre quelquefois une convexité d'un côté qui, soit par elle-même, soit par le rapport dans lequel elle se rencontre avec les cornets, gêne le passage de la sonde, laquelle ne pénètre qu'avec un tel frottement, que la muqueuse en est écorchée et qu'il

---

faut suspendre l'opération. Ordinairement la répétition de l'opération de jour en jour y habitue la membrane muqueuse, laquelle saigne toujours moins. Les prises de poudre d'alun sont un bon moyen de guérir la membrane muqueuse de cette disposition aux hémorrhagies.

en résulte, outre de la douleur, un épistaxis qui peut obliger à différer de quelques jours la poursuite de l'opération. Dans ce cas la narine opposée est toujours d'autant plus facile à franchir que l'autre a été difficile.

D'autres fois l'on rencontre une telle disposition du cornet inférieur qu'il devient presque impossible de faire suivre au bec de la sonde le plancher des fosses nasales. Dans les cas de ce genre, lorsqu'on a pénétré à un pouce ou davantage on rencontre un obstacle, et si l'on veut pénétrer plus profondément il devient nécessaire d'élever la sonde au niveau du cornet inférieur, d'où résulte que lorsqu'elle arrive dans le pharynx la sonde se trouve trop élevée pour que le mouvement de rotation puisse s'exécuter convenablement, et surtout pour que le bec de l'instrument puisse atteindre le pavillon de la trompe. Dans ces cas on est quelquefois obligé de changer de sonde, d'en prendre une dont l'extrémité offre une moindre courbure, ou une courbure plus courte. Cependant on peut essayer d'opérer, lorsque la sonde est parvenue dans le pharynx, une pression de haut en bas sur toute la longueur de l'instrument, et il peut arriver alors, que la sonde, écartant de haut en bas l'obstacle qui avait été insurmontable d'avant en arrière, tombe tout d'un coup sur le plancher inférieur de la fosse nasale, et reprenne une position normale, qu'on n'avait pas pu lui conserver pendant l'introduction.

Le passage de la sonde peut être gêné par d'autres obstacles, tels que des polypes des fosses nasales, des ulcères avec épaississement et induration de la membrane muqueuse, des caries des cornets ou de quelque autre portion des parois osseuses des cavités du nez.

Quant aux polypes, ils peuvent être par eux-mêmes une cause de surdité, de sorte que leur arrachement doit être pratiqué avant les essais de cathétérisme. Dans le seul cas de ce genre que j'ai eu l'occasion de traiter, les polypes avaient été déjà arrachés, et c'était parce que la surdité avait persisté

après l'opération que la malade recourait au cathétérisme. Il peut être pratiqué dans ce cas sans aucune difficulté.

Dans un autre cas, j'ai rencontré, non pas un polype, mais une petite tumeur du volume d'un pois à l'entrée de la narine, sur le plancher de la fosse nasale. J'ai dû appuyer fortement entre l'aile du nez, sans toutefois quitter la surface du plancher, pour éviter cet obstacle. J'ai pu arriver au pharynx, puis à la trompe; mais, comme la sonde se trouvait assez écartée de la cloison, le mouvement de rotation ne s'est pas opéré sans quelque gêne.

J'ai eu aussi à traiter un cas de surdité chez une femme atteinte d'ozène résultant d'ulcération et de carie des fosses nasales probablement d'origine syphilitique. Mais ici la difficulté du cathétérisme, au lieu de tenir à la gêne dans l'introduction de la sonde, tenait, au contraire, à ce que le champ était trop libre, la cavité trop vaste, de façon que la sonde tournait avec trop de liberté dès qu'elle avait franchi les deux premiers pouces, et qu'il fallait davantage tâtonner avant d'atteindre la trompe : toutefois, au bout de quelques séances, j'ai réussi à y engager la sonde.

Je n'ai parlé jusqu'ici que de l'introduction de la sonde jusqu'à sa pénétration dans la trompe. Il me reste à décrire le reste de l'opération, c'est-à-dire à traiter des insufflations d'air, des injections d'eau et de divers liquides médicamenteux, et enfin des tentatives de cathétérisme du canal même qui conduit à l'oreille moyenne, cathétérisme que j'ai essayé dans les cas où j'ai pu soupçonner l'existence d'un rétrécissement ou obstacle matériel au libre passage de l'air ou des liquides.

Insufflation d'air. — La première tentative à faire, et en même temps la plus inoffensive, est l'insufflation de l'air. Je la pratique directement avec la bouche, et, après avoir cherché à y suppléer au moyen d'une vessie, je suis revenu à l'insufflation pulmonaire, qui m'a paru à la fois et plus commode

et plus efficace. Je ne puis pas parler du soufflet dont se sert M. Deleau puisque je n'en ai pas usé et que même je ne l'ai pas vu; mais ce que je puis affirmer, c'est que si l'effort d'expiration que j'ai dû faire pour pénétrer a dû être parfois très-brusque et très-intense, je n'en ai pas moins toujours réussi à faire pénétrer tôt ou tard l'air dans la caisse du tympan par la seule insufflation pulmonaire; tandis que, dans certains cas, la plus forte pression exercée sur la vessie a été insuffisante pour procurer ce résultat. En outre la vessie est peu commode à manier, l'ajustement de l'embout de la vessie dans le pavillon de la sonde, et puis la compression de la vessie, sont deux circonstances à l'occasion desquelles presque toujours le bec de la sonde, préalablement fixé dans la trompe, subit une certaine oscillation qui déplace l'instrument. Il est vrai que je n'ai jamais usé de frontal, sorte de pince à l'aide de laquelle Itard fixait la sonde en prenant le front pour point d'appui. Je dois dire, du reste, que dans les cas qui ne sont pas rares où le bec de la soude ne s'enchâsse pas avec une certaine fixité dans l'entrée du pavillon de la trompe, le moindre petit mouvement, ne fût-ce même qu'un simple changement dans l'axe de la direction selon laquelle le bout de la sonde se présente à l'orifice, peut gêner et même intercepter le passage de l'air. Aussi je ne conçois pas, dans ces cas-là, qu'un autre instrument que la main de l'opérateur appuyée sur la face du malade puisse maintenir efficacement la sonde en position, ni corriger immédiatement, par un léger mouvement contraire, l'effet du choc ou même du frottement qui accompagne soit l'ajustement d'un embout, soit l'application des lèvres de l'opérateur, soit enfin le mouvement qu'imprime au pavillon de la sonde une insufflation forte et instantanée.

Les effets de l'insufflation de l'air dans la caisse du tympan n'ont été douloureux chez aucun de mes malades. Ceux de l'injection des liquides non caustiques, tels que l'eau simple et même alcoolisée, les mélanges d'eau avec les teintures de suc-

cin, de valériane, de noix vomique, et diverses autres substances médicamenteuses, ne l'ont pas été davantage. Dans tous ces cas, les seules impressions ressenties ont été, outre une perception distincte de l'entrée d'un gaz ou d'un liquide dans la caisse, une sensation de plénitude, comme si l'oreille se remplissait. N'ayant pas rencontré un seul cas de sensation véritablement douloureuse, il m'est impossible de ne pas être surpris de voir indiquée par Itard une douleur vive comme signe caractéristique de l'introduction des liquides dans l'oreille moyenne. Et pourtant j'étais assuré que les liquides pénétraient, je l'étais par l'impression distincte perçue, je l'étais aussi dans les cas où le tympan se trouvait perforé par d'anciens abcès, parce qu'alors les liquides injectés sortaient par l'oreille externe, et que l'air insufflé sortait avec sifflement par l'ouverture du tympan.

C'est le moment de signaler un accident qui résulte quelquefois de l'insufflation de l'air et contre lequel il faut prémunir ceux qui se livrent au cathétérisme de la trompe d'Eustache. Cet accident est survenu dans des cas où j'ai pratiqué l'insufflation de suite après avoir fait des tentatives infructueuses pour chercher à faire pénétrer un mandrin de baleine à travers la sonde dans le canal même de la trompe. Il peut même survenir lorsque l'insufflation a lieu de suite après des tentatives un peu vigoureuses et de nombreux tâtonnements pratiqués uniquement avec la sonde pour atteindre le pavillon de la trompe, surtout dans le cas où on se sert d'une sonde dont le bec n'est pas parfaitement mousse. Cet accident est un emphysème soit sous-muqueux et pharyngien, soit sous-cutané et occupant alors les régions maxillaire inférieure et cervicale du côté opéré. Cet emphysème peut atteindre un degré très-marqué, aller jusqu'à gêner les mouvements de la mâchoire inférieure, et déterminer par le changement de forme des parois pharyngiennes supérieures un nasonnement de la voix que je ne saurais mieux comparer qu'à la voix de *polichinelle*.

Injection des liquides irritants ou caustiques. — L'injection des liquides caustiques ou irritants dans l'oreille moyenne, tels que la solution de potasse que j'ai surtout beaucoup employée, et même de l'alcool pur, cause une sensation très-marquée. Du reste, l'intensité de la sensation varie à raison du degré de concentration du liquide.

Les seringues dont je me sers sont en verre, leur transparence ayant l'avantage de permettre d'apprécier à l'œil la quantité de liquide qu'on injecte. Elles sont petites, leur capacité n'est guère de plus de 100 à 120 gouttes, soit 6 à 7 grammes d'eau. Lorsque je commence les injections de potasse, je charge la seringue d'un mélange de 100 gouttes d'eau avec 10 gouttes de solution saturée de potasse, et je n'injecte pas plus de 8 à 10 gouttes de ce mélange à la fois dans chaque oreille moyenne; c'est-à-dire que je laisse tomber de la seringue, dans le pavillon de la sonde fixée préalablement dans la trompe, 10 gouttes du mélange, puis je souffle fortement dans la sonde en embouchant mes lèvres au pavillon, et cette insufflation fait passer ordinairement instantanément les 10 gouttes dans l'oreille moyenne.

A cette dose la potasse ne détermine guère plus d'impression que l'eau ordinaire, et c'est plutôt à la saveur alcaline que le malade perçoit lorsque l'excès du liquide injecté redescend dans l'arrière-bouche, qu'à la sensation éprouvée dans l'oreille moyenne, qu'il s'aperçoit de la présence de la potasse dans l'injection.

Mais l'injection continuée pendant quelques jours ou cette dose suffit déjà pour déterminer des effets de sécrétion que l'eau pure serait inhabile à produire. Au bout de deux à trois séances, on s'aperçoit déjà que la potasse a excité la membrane muqueuse au point de la faire sécréter assez abondamment. Ce qui le prouve c'est qu'alors les insufflations d'air occasionnent dans la trompe un bruit de gargouillement chez des individus dont les trompes laissaient passer l'air quelques jours

auparavant avec un bruit de sifflement ou de ronflement sec. La différence est frappante et parfaitement appréciable par l'opérateur : je ne saurais mieux la faire concevoir qu'en rappelant la différence qu'on observe dans l'auscultation de la poitrine entre les râles secs et les râles humides, par exemple, entre le râle sibilant ou ronflant, et le râle muqueux à grosses bulles.

Après quelques séances, j'augmente successivement la proportion de solution saturée de potasse, et j'ai porté la dose jusqu'à parties égales de cette solution et d'eau. A cette dose il est très-important de ne pas injecter à la fois un nombre de gouttes plus que suffisant pour remplir la capacité de l'oreille moyenne : 6 à 8 gouttes suffisent. On comprend que l'excès d'un liquide aussi chargé de potasse, venant à retomber sur les parois du pharynx, de l'œsophage, et à descendre sur la membrane muqueuse gastrique, peut y causer une inflammation qui n'est pas sans inconvénient. Il faut même dire qu'il est difficile que la chose n'arrive pas plus ou moins, quelque précaution qu'on prenne : aussi est-il prudent d'avoir à sa portée un verre d'eau et de faire avaler au malade, de suite après l'injection, quelques gorgées d'eau pour étendre immédiatement les gouttes de la solution de potasse qui tombent dans la gorge.

Quelques gouttes de solution de potasse unies à une et même deux fois leur volume d'eau, lorsqu'elles arrivent dans la caisse du tympan, y déterminent une douleur vive et instantanée, au point que le malade porte aussitôt sa main vers l'oreille, rebondit même sur son siége et exprime une forte souffrance. Il arrive quelquefois qu'à la souffrance il se joint du vertige, une angoisse générale ; mais tous ces symptômes cessent une ou deux minutes après l'injection, et j'ai rarement vu qu'il en résulte même pour le reste de la journée de la céphalalgie ou d'autres suites.

J'ai parlé de la nécessité de se précautionner contre la chance

de la chute de gouttes du liquide injecté dans le pharynx et l'œsophage, en faisant avaler de l'eau au malade de suite après l'injection. Il y a encore une autre précaution à prendre si on veut éviter un autre accident beaucoup plus pénible; je veux parler de la chute de quelques gouttes de solution potassique sur l'épiglotte ou vers l'entrée de la glotte. Au moment où l'accident arrive, le malade est pris d'une sensation assez forte de brûlure et de suffocation; une sorte de toux convulsive a lieu pendant l'expiration; l'inspiration est gênée et bruyante; le malade devient rouge et violet pendant la toux, pâle pendant l'inspiration; l'angoisse, en un mot, est très-grande. Du reste, cet accident n'a ni plus de durée ni plus de portée que n'en a l'action du caustique sur la cavité du tympan, c'est l'affaire de quelques minutes au plus, puis la voix demeure enrouée pour cinq ou dix minutes et même un quart d'heure, après quoi tout rentre dans l'ordre. Le moyen d'éviter cet accident est de faire renverser la tête du malade en arrière au moment où on injecte et insuffle le liquide potassique : ce simple moyen est suffisant, et on comprend son efficacité, lorsque le malade a la tête ou fléchie en avant ou perpendiculairement située par rapport au tronc. Si quelques gouttes de liquides tombent de la trompe dans le pharynx, ces gouttes tombent ou sur la base de la langue ou sur l'épiglotte; si la tête est renversée en arrière, la chute verticale de ces gouttes les conduit sur la paroi postérieure du pharynx, le long de laquelle elles s'écoulent ensuite vers l'œsophage sans être en contact avec l'entrée des voies aériennes.

Mon expérience ne m'appelle pas à signaler d'autres accidents que ceux que je viens d'énumérer, comme résultant des insufflations et injections de liquides dans la trompe d'Eustache. Je sais cependant qu'on en a indiqué d'autres et même de très-graves. Je sais qu'un chirurgien de Florence passe pour avoir eu le malheur de perdre inopinément son opéré pendant le traitement du cathétérisme; j'ai aussi appris que

les journaux médicaux de Londres ont signalé un ou deux cas du même genre.

Il ne resterait plus qu'à savoir s'il ne s'est pas agi de cas de morts subites qui auraient fatalement coïncidé avec une opération entièrement étrangère à la cause de mort. L'extrême rareté du fait et la difficulté d'expliquer la mort par les circonstances de l'opération rendraient cette conjecture assez vraisemblable. Mais on peut aussi se demander s'il n'est pas possible de trouver dans les circonstances de l'opération des conditions qui aient pu amener la mort dans des cas rares et tout à fait exceptionnels. J'ai beaucoup réfléchi sur ce point, et voici la seule explication qui m'ait paru satisfaisante.

Les tentatives faites pour rencontrer le pavillon de la trompe avec le bec de la sonde sont quelquefois longues et pénibles; ce n'est même qu'après de longs tâtonnements et après avoir érodé plus ou moins la membrane muqueuse que dans certain cas on parvient à son but. C'est ce que j'ai éprouvé dans certains cas difficiles, surtout dans les premiers temps où j'ai pratiqué le cathétérisme. Il n'est donc pas impossible que chez des sujets variqueux, quelqu'une des veines pharyngiennes superficielles soit perforée par suite des tentatives de cathétérisme, et que le bec de la sonde s'y introduise. Or, si en pareille circonstance l'opérateur se met à pratiquer une insufflation d'autant plus prolongée et forte qu'il s'imagine avoir pénétré dans la trompe et que pourtant le malade ne perçoit pas la sensation de l'action de l'air dans la caisse du tympan, on comprend qu'une suffisante quantité d'air peut être introduite dans le système veineux pour causer les plus graves accidents. Je sais bien que, le bec de la sonde étant dirigé en haut, toutes les chances sont pour que, s'il s'introduisait par malheur dans une petite veine, ce soit vers les capillaires que l'injection d'air se dirige, et non vers la veine cave; mais enfin, il n'est pas impossible que l'opérateur, s'il est encore peu expérimenté, ne pratique quelques insufflations

avant d'avoir placé sa sonde dans une bonne situation ; il pourrait aussi arriver qu'on rencontrât des veines fluxueuses ou arquées qui montassent un peu vers le lieu où le bec de la sonde s'est introduit, pour ensuite redescendre vers la jugulaire profonde.

Cette explication, si elle n'est pas confirmée par l'expérience, est du moins assez rationnelle pour qu'il vaille la peine d'attirer l'attention sur la possibilité d'un pareil accident, et, quelque rare qu'il soit, on ne saurait assez indiquer de précautions à prendre pour en écarter entièrement la possibilité.

Je pense donc que, lorsque dans les premières séances le cathétérisme a été difficile, douloureux, et a causé quelques saignements par le nez ou le pharynx, ce qui n'est pas rare, il vaut mieux ne pas trop prolonger les tentatives, et remettre au lendemain la continuation de l'opération. On s'en trouve mieux de toute manière; la membrane muqueuse s'habituant de plus en plus au passage de la sonde à chaque nouvelle séance, il arrive qu'on opère toujours plus aisément à mesure qu'on avance.

Je pense aussi que les injections et surtout les insufflations doivent être modérées et même interrompues lorsqu'on a le sentiment d'avoir beaucoup labouré la membrane muqueuse pharyngienne sans résultat, et qu'alors elles doivent être remises à vingt-quatre et même quarante-huit heures plus tard, espace de temps suffisant pour permettre d'espérer la cicatrisation des écorchures produites pendant la séance précédente.

Je pense, enfin, que les premières tentatives doivent être faites avec une sonde dont le bec est rendu parfaitement mousse par un léger renflement terminal ; les sondes dont le bec se termine par une tubulure mince, et par conséquent tranchant, ont l'avantage d'offrir un plus grand calibre pour les cas où l'on veut y faire passer un mandrin; mais comme elles risquent d'écorcher la muqueuse, il ne faut pas les em-

ployer avant de s'être familiarisé avec le cas, et avoir trouvé le moyen prompt et facile d'atteindre d'emblée la trompe.

Cathétérisme du canal de la trompe au moyen d'un mandrin. — Me voici amené tout naturellement à parler du cathétérisme du canal lui-même à l'aide d'un mandrin introduit par la sonde, une fois qu'elle est fixée au méat de la trompe. J'ai souvent tenté ce cathétérisme qui est plus difficile que l'autre, et je n'ai jusqu'ici réussi à le pratiquer facilement et assez entièrement pour arriver jusqu'à l'oreille moyenne que chez deux sujets.

Chez l'un et l'autre de ces deux sujets, lorsque le bec de la sonde a été engagé assez bien pour permettre à l'air insufflé ou au liquide injecté d'arriver dans l'oreille moyenne, j'ai pu faire glisser mon mandrin à travers la sonde, puis au delà le long du canal, jusqu'à l'oreille moyenne, de façon que le bout du mandrin dépasse le bec de la sonde de 9, 12 et même 15 lignes. Chez l'un des deux sujets j'ai répété ce genre de cathétérisme pendant une dizaine de séances : une fois le mandrin bien engagé dans le canal, la sonde demeurait assez fixe dans sa situation, pour l'abandonner et faire subir au malade la présence du mandrin dans le canal pendant dix minutes ou un quart d'heure qu'il passait assis tranquillement dans un coin de son cabinet. La sensation n'était point douloureuse ni même très-désagréable, et les deux malades n'éprouvèrent aucun symptôme ni accident consécutif.

Dans les quelques autres cas où j'ai tenté ce genre de cathétérisme, quoique la tentative ait toujours été faite après que je m'étais assuré par l'insufflation que le bec de la sonde était bien embouché à l'entrée du canal, le mandrin s'est trouvé arrêté dès qu'il sortait du bec de la sonde, en même temps les malades ressentirent un vif sentiment de piqûre, signe évident qu'un obstacle s'opposait à l'entrée du mandrin dans le canal, et après d'inutiles tentatives, j'ai dû renoncer.

C'est dans des cas de ce genre qu'ayant tenté des insuf-

flations d'air après avoir essayé le mandrin, j'ai quelquefois déterminé l'emphysème dont j'ai parlé plus haut. Aussi il est convenable, pour toutes sortes de raisons, de n'employer le mandrin qu'à la fin des séances, lorsque les insufflations et injections sont terminées ; ou du moins si l'on veut faire une insufflation exploratrice après l'introduction du mandrin, pour savoir s'il a diminué la résistance opposée par un obstacle présumé dans le canal, il faut la faire courte et brusque et ne pas trop la prolonger.

Avant de donner le résumé des résultats que j'ai obtenus, il me reste à dire quelques mots de la perforation du tympan que j'ai pratiquée trois fois, et de l'emploi que j'ai fait de la poudre d'alun conjointement avec le cathétérisme chez une dixaine de mes opérés.

Perforation du tympan. — J'ai pratiqué la perforation du tympan avec un petit trois-quarts introduit progressivement et lentement dans le conduit auditif externe. Cette introduction a toujours causé aux malades une sorte d'appréhension, et même de la douleur lorsque le trois-quarts arrivait un peu profondément jusqu'à effleurer les parois du conduit; mais une fois l'instrument en contact avec la membrane même du tympan, je puis dire que la perforation de cette membrane ainsi que la pénétration de l'instrument jusqu'au contact de la paroi interne de l'oreille moyenne n'ont été sensibles pour aucun des opérés, au point qu'on peut très-bien pratiquer cette opération en en laissant ignorer l'objet au malade : il pourrait croire qu'on s'est borné à sonder le conduit auditif externe. Je n'ai pas observé que cette opération fût plus grave quant aux conséquences : dans aucun cas je n'ai eu des accidents consécutifs.

Usage de la poudre d'alun. — Quant à l'usage de la poudre d'alun, employée collatéralement au cathétérisme, je l'ai appliquée de deux manières.

D'abord je l'ai fait priser comme on prise du tabac à la

dose de 12 à 24 prises par jour, mélangée avec partie égale de poudre de sucre. Le résultat en a été souvent de l'enchifrènement, quelquefois des gerçures à la racine du nez, qui obligeaient à suspendre les prises pendant quelques jours, et toujours une augmentation de sécrétion de la membrane muqueuse nasale.

J'ai en outre employé la poudre d'alun, également mélangée avec de la poudre de sucre, en insufflations derrière le voile du palais, dirigées vers le pavillon de la trompe. Je me servais pour cela d'un petit instrument d'argent en forme de tube, et terminé en pelle; j'introduisais l'instrument par la bouche, au fond du pharynx, et après avoir un peu incliné la pelle à gauche ou à droite, selon que j'avais en vue l'une ou l'autre trompe, dès que j'étais sûr que la pelle dépassait bien en arrière le voile du palais, je soufflais brusquement dans le tube, et la poudre volait pour aller s'attacher sur les parois latérales et supérieures du pharynx; il en arrivait même une partie jusque dans l'arrière-cavité des fosses nasales. J'ai, plus tard, substitué à la poudre de sucre la poudre de gomme arabique comme moyen de mieux incorporer l'alun, et de le faire mieux adhérer aux parois vers lesquelles je l'insufflais.

(*La suite au prochain numéro.*)

DES FIÈVRES INTERMITTENTES ET DE LEUR TRAITEMENT PAR L'ACIDE ARSÉNIEUX;

Par F. MASSELOT, *chirurgien sous-aide à l'hôpital militaire de Versailles, membre de la Société anatomique de Paris.*

(Fin.)

Je ne donnerai pas un plus grand nombre d'observations. Les détails avec lesquels j'ai rapporté chacune de celles qui précèdent sont plus que suffisants pour établir parfaitement

le véritable caractère des fièvres intermittentes traitées à l'hôpital de Versailles. Les observations que je pourrais ajouter n'apprendraient rien de plus; car toutes les fièvres se sont manifestées avec des phénomènes morbides tellement semblables, ont imprimé à l'économie un cachet tellement identique, qu'il ne pouvait venir à l'esprit d'apporter le moindre changement dans la méthode curative. Le traitement n'a jamais varié que sous le rapport des doses de l'acide arsénieux. Je pense donc que les faits particuliers que je viens de rapporter sans idée préconçue, et avec autant d'exactitude qu'il m'a été possible, suffisent pour légitimer les conclusions qui en seront déduites. Mais, avant tout, examinons la valeur des objections et des faits d'après lesquels on a cru pouvoir déclarer l'acide arsénieux non-seulement un mauvais médicament, mais encore le remède le plus dangereux. Je n'ai point l'intention de passer en revue tous les écrits publiés pour et contre l'emploi thérapeutique de l'arsenic; je me bornerai à renvoyer le lecteur à l'article *Arsenic* de M. Cazenave (*Dict. de méd.*, 2e édit.), et au *Traité de thérapeutique* de MM. Trousseau et Pidoux. Il ne sera question ici que des faits postérieurs à la publication du *Traité des fièvres intermittentes* de M. Boudin. Je dirai ensuite quelques mots, 1° des indications et du mode d'administration de l'acide arsénieux; 2° de l'emploi des vomitifs et de la saignée; 3° de l'alimentation.

L'arsenic est le plus énergique des poisons minéraux. C'est un poison qui, s'il ne cause pas immédiatement la mort, mine la santé et tue lentement. Il serait dangereux de multiplier en thérapeutique l'emploi d'un moyen dont une erreur minime de dose peut occasionner de si graves accidents. Les organes souffrent toujours à un certain degré de l'ingestion, si minime qu'elle soit, de substances aussi antipathiques à l'organisme; et il est sage, dans tous les cas, d'épargner aux malades les conséquences d'une semblable agression.

Telles sont les objections que nous rencontrons dans le *Bulletin général de thérapeutique* (année 1843, tome XXV; année 1844, tome XXVII). D'abord, il n'est pas exact de dire que l'acide arsénieux est le plus énergique des poisons minéraux, le plus dangereux des médicaments. J'oppose à ces assertions les faits suivants; le premier m'est personnel: Par suite d'un concours de circonstances qu'il est inutile de rapporter ici, j'ai pu étudier comparativement, et sur moi-même, les effets du bichlorure de mercure et de l'acide arsénieux. Les solutions dont je me suis servi étaient faites dans les proportions de 6 centigr. d'acide arsénieux pour 150 grammes d'eau, et de 5 centigr. de bichlorure de mercure pour la même quantité d'eau. Je commençai par prendre 5 milligr. d'acide arsénieux par jour. Après douze jours, j'en étais à 6 centigrammes par jour, que je prenais en quatre fois dans l'espace de seize heures. C'était pour chaque prise 15 milligr. d'acide arsénieux et 37 grammes 5 décigr. d'eau. J'en continuai l'usage à la même dose pendant six jours. Les seuls effets que j'ai remarqués étaient un appétit plus développé, une digestion prompte, facile; un peu d'augmentation dans la sécrétion de l'urine, une grande aptitude à la marche, une légère stimulation générale, jamais la moindre chaleur fébrile.

Il n'en fut plus ainsi quand je voulus prendre, de la même manière, 5 centigr. de bichlorure de mercure. Chaque prise représentait 12 milligr. et demi, du sel pour 37 grammes, 5 décigr. d'eau. Après la deuxième prise, sentiment de gêne et d'anxiété dans les régions précordiale et épigastrique, puis quelques palpitations; après la troisième, malaise général, quelques douleurs dans l'estomac, coliques passagères, sentiment de faiblesse et frissons dans les membres, des palpitations; après la quatrième, pincement douloureux dans l'estomac, brisement dans les membres et tremblement quand je restais debout et immobile, anxiété plus marquée, battements de cœur plus nombreux, frissons vagues, sentiment

de froid, pâleur de la face, quelques nausées, ballonnement du ventre, borborygmes, coliques avec ténesme, et 6 selles dans la nuit. Pendant la journée du lendemain seulement, j'éprouvai un peu de malaise, et j'eus moins d'appétit que d'habitude. Trois jours plus tard, je répétai la même expérience de la même manière. Les mêmes accidents se reproduisirent, mais avec un peu plus d'intensité; l'anxiété, la pâleur, la tendance au refroidissement, le brisement des membres et le ténesme furent surtout beaucoup plus marqués. J'eus, en outre, quelques vertiges et deux vomissements spasmodiques de sérosité non précédés de nausées; il fallut deux jours pour revenir à mon état habituel de santé, et je n'aurais pas voulu répéter une troisième fois l'expérience.

Il est important de faire remarquer que j'ai pris ces solutions à jeun, ou au moins quatre heures après le repas; car le bichlorure ne produit plus les mêmes accidents lorsqu'on l'introduit dans l'estomac, soit avec une suffisante quantité de lait, soit après l'ingestion d'une certaine quantité de pain. C'est ici le lieu de citer plusieurs faits importants dont j'ai été témoin, et qui sont relatifs à l'administration thérapeutique de certaines doses élevées d'acide arsénieux. Ces faits, déjà consignés dans un travail publié par mon collègue et ami le docteur Besnard (*Journal de méd.*, année 1843, n° de juillet), ont trait à quatre individus atteints de syphilis rebelle, et qui furent traités, en 1843, par la solution arsenicale. Le premier prit 18 centigr. en seize jours; le second 16 centigr. en quinze jours. La dose la plus élevée pour chacun de ces deux hommes fut de 1 centrigr. par jour en une seule prise; le troisième, 5 grammes et 2 décigr. en soixante jours; le quatrième, 5 grammes et 5 décigr. en cinquante-neuf jours. Chacun de ces hommes avait commencé par 1 centigr. d'acide arsénieux pour arriver graduellement à la dose de 18 centigr. par jour, en trois ou quatre prises dans quatorze heures. Ces 18 centigr. d'acide arsénieux étaient dissous dans 450 grammes d'eau.

L'un d'eux, le dernier, est le seul qui ait rapporté à la solution qu'il prenait, et dont il ignorait la nature, quelques bruits dans le ventre et des envies d'aller à la selle, c'est-à-dire des borborygmes et du ténesme. Tous avaient un appétit dévorant, et les deux derniers un embonpoint remarquable, les chairs fermes et une belle coloration. Un an après ce traitement, aucun de ces hommes n'avait éprouvé dans sa santé le plus petit dérangement. Cette tolérance de l'économie, pour un poison réputé si délétère, si subtil, semblait tellement extraordinaire, qu'on se demanda si véritablement l'acide arsénieux employé était bien pur et ne contenait pas de matières étrangères ayant une certaine pesanteur. M. le Dr Fournez, pharmacien aide-major, se procura de l'arsenic dont il constata la pureté. Une solution fut faite par ses soins, et dans les mêmes proportions que la première; moi-même je la fis prendre aux malades, qui n'en éprouvèrent pas la plus légère incommodité. Il n'était donc plus possible de douter de la tolérance parfaite de l'économie pour l'acide arsénieux donné à la dose de 18 centigr. par jour, dissous dans 450 grammes d'eau. En serait-il de même pour le bichlorure de mercure? Quiconque a suivi un service dans lequel est employé ce médicament, ou bien en a fait usage dans sa pratique, conviendra que 18 centigr. de ce sel, par jour, dissous dans 450 grammes d'eau seulement, ne seraient probablement supportés par aucun malade.

L'expérience autorise donc, ce me semble, à considérer le bichlorure de mercure comme un médicament aussi dangereux, sinon plus, que l'acide arsénieux; et pourtant qui oserait proposer de renoncer à l'emploi thérapeutique d'un remède si efficace? A ce compte-là, il faudrait rayer de la matière médicale les agents les plus précieux et les plus héroïques, parce que, maniés par des mains inexpérimentées, ils pourraient causer les accidents les plus funestes. Avant de passer à l'examen d'une autre question, je dois dire que si les doses

d'acide arsénieux signalées plus haut ont été parfaitement tolérées, je n'admets nullement qu'elles puissent être administrées sans inconvénient à tout le monde. Maintenant, est-il vrai que l'acide arsénieux jouisse de la singulière propriété de séjourner dans l'économie pendant un temps indéfini, sans apporter le moindre dérangement dans la santé, pour révéler un jour tout à coup sa présence par les effets délétères qu'on s'est plu à lui attribuer? C'est là une vieille hypothèse qu'on s'étonne de voir reproduite sérieusement de nos jours, lorsqu'il s'agit de l'emploi thérapeutique de l'arsenic. Cependant, l'étonnement diminue, si l'on considère que beaucoup de médecins rapportent encore au mercure la réapparition des accidents syphilitiques, réapparition qui, le plus souvent, n'aurait pas eu lieu, si l'usage des préparations mercurielles eût été prolongé suffisamment. A ces assertions, purement gratuites, j'oppose encore les faits suivants : Une jeune personne de 20 ans, dit M. Cazenave, fut guérie par la solution de Pearson, *continuée* trois ans, à petites doses, d'un eczema qui couvrait toute la peau, et qui, depuis l'âge de 7 ans, avait résisté à tous les traitements possibles. Non-seulement la guérison fut permanente, mais aujourd'hui cette personne jouit d'une excellente santé, et, depuis huit ans, elle n'a pas éprouvé d'accidents.

Slevogt donnait l'arsenic le jour d'apyrexie, et même le jour de la fièvre, au début de l'accès, à la dose de 2 à 7 centigr., suivant la force des malades.

Les deux Plencitz donnèrent l'arsenic à la dose de 2 à 5 centigrammes, à l'hospice des orphelins de Vienne, à un nombre infini de malades atteints de fièvres intermittentes. Jamais ces médecins *ne virent d'accidents à la suite de cette médication*, qui empêchait, ajoutent-ils, les récidives, et leur parut plus sûre et plus rapide qu'aucune de celles qu'ils avaient employées déjà.

Depuis le mois de mai 1843, M. Boudin a traité, par l'acide

arsénieux, plus de 300 fiévreux à l'hôpital militaire de Versailles ; la dose du médicament, en dix heures, a varié de 2 milligr. à 6 centigr. Le remède a été continué, chez la plupart des malades, pendant dix jours, et parfois pendant vingt, trente, et même soixante jours. Des individus atteints de syphilis ont pris 5 grammes 5 décigr. d'acide arsénieux en cinquante-neuf jours; eh bien, depuis le mois de mai 1843 jusqu'à ce jour, pas un seul accident n'a été constaté, pas la plus légère incommodité n'a été accusée par les malades ; pas une seule réclamation n'a été soulevée ; le nombre des affections chroniques n'a pas augmenté ; le nombre des malades et des récidives a diminué. Enfin, pour ne laisser aucun doute dans l'esprit, je ferai remarquer cette circonstance, que les régiments qui envoyaient leur malades à l'hôpital militaire de Versailles, en 1843, ont quitté leur garnison, les uns en novembre 1844, et les autres, seulement en octobre 1845. On aurait eu le temps de constater les accidents, s'il en fût survenus qu'on pût considérer comme le résultat de l'introduction de l'arsenic dans l'économie. A Bahia (Brésil), le quinquina venant à manquer, les docteurs Persiani, Azeredo-Pinto, etc., trouvèrent un puissant antidote des fièvres intermittentes dans l'arsenic blanc, qu'ils administrèrent avec succès dans tous les âges, sexes et conditions, parfois jusqu'à la dose de 2 *grains en une seule prise, sans éprouver de conséquences fâcheuses de son emploi.* (*Statist. de méd. du Brésil*, par J.-D.-X. Sigaud ; 1844, p. 247.)

Le professeur Carezi ayant dernièrement rendu compte de 136 cas de fièvre intermittente guéris par lui, il y a près de vingt ans, à l'aide de l'arséniate de potasse et de soude, M. Truchetti l'invita à faire connaître les effets ultérieurs de cette médication chez les sujets qui y avaient été soumis, afin qu'on pût décider si son influence sur l'organisme est toujours délétère à la longue, ainsi que quelques personnes le croient. M. Carezi se rend aujourd'hui à cet appel en publiant le ta-

bleau des décès survenus, depuis 1822, parmi les individus qui avaient été traités à cette époque par l'arsenic. Ainsi, il en a péri : en 1822, 1; en 1824, 1; en 1825, 4; en 1826, 5; en 1827, 6; en 1828, 3; en 1830, 1; en 1835, 2; en 1838, 3; en 1839, 1; en 1840, 2; en 1841; 3: en 1842, 2. Tous ces sujets ont succombé à des affections diverses, mais non à des maladies de consomption.

Ainsi, au bout de vingt ans, il en reste encore 100 vivants. Ce résultat est précieux; car il montre, d'après la comparaison avec les tables de mortalité, que la vie a été chez eux plus longue que pour le commun des hommes.

Si l'arsenic pouvait, à une époque plus ou moins éloignée de son administration, causer des accidents et même la mort, comme on le prétend, il faudrait, de toute nécessité, qu'il restât dans le corps. Or, il n'en est pas ainsi. L'arsenic, comme le fer, l'antimoine, etc., est éliminé. Pour vérifier ce fait, M. Fournez a bien voulu me prêter le concours de son expérience. Nous avons constaté la présence de l'arsenic dans les urines des malades atteints de fièvre intermittente et traités par l'acide arsénieux. Plus tard, je ferai connaître avec détail les résulats de nos recherches sur ce point. De tout ce qui précède, il résulte que l'opinion qui attribue à l'arsenic les hydropisies, la débilitation et des effets délétères inévitables, mais qui peuvent être très-éloignés, n'est qu'une hypothèse gratuite. Elle est, en effet, détruite irrévocablement par l'expérience et par le fait de l'élimination de l'arsenic.

Les malades, objecte-t-on encore, sont si disposés à prendre des doses plus élevées que celles qui leur sont prescrites, les imprudences sont si communes, les méprises si fréquentes dans les hôpitaux, et même dans la pratique civile, que ces motifs devraient suffire pour écarter l'emploi de l'arsenic du traitement des fièvres intermittentes. Si ces objections avaient quelque fondement, elles seraient également applicables à tous les médicaments actifs, tels que la morphine,

la strychnie, etc. Ne voit-on pas tous les jours les médecins prescrire des masses pilulaires, des solutions mercurelles, capables de causer la mort, si la totalité du médicament ordonné était prise en une seule fois? Ne laisse-t-on pas le plus souvent ces remèdes à la disposition des malades ou dc personnes étrangères à la médecine, en leur recommandant seulement de n'en prendre ou de n'en donner que telle ou telle quantité? Pourquoi voudrait-on faire une exception pour l'arsenic quand il offre moins de danger que d'autres médicaments? Les faits que j'ai rapportés prouvent que des malades ont pu prendre en une seule fois 1 décigr. (2 grains) d'acide arsénieux sans en avoir éprouvé la plus légère incommodité. Or, comme dans la plupart des cas de fièvre intermittente il ne sera pas nécessaire de dépasser et même de donner la dose de 2 centigr. dans chaque apyrexie, et comme d'un autre côté la fièvre cèdc ordinairement après la troisième ou quatrième dose, il en résulte qu'une solution de 1 décigr. suffirait pour arrêter la fièvre, et que le malade pourrait prendre de l'acide arsénieux, à la dose nécessaire, pendant cinq jours, sans courir le moindre danger. Du reste, les difficultés dont il s'agit ne peuvent exister pour les hôpitaux, puisque chaque malade reçoit seulement la dose qu'il doit prendre du jour au lendemain. On voit donc que ces objections, auxquellcs il faut pourtant répondre, puisqu'on ne cesse de les reproduire, sont au moins ridicules.

J'arrive à l'appréciation du petit nombre de faits sur lesquels on s'appuie pour déclarer l'acide arsénieux un mauvais médicament, un remède sans efficacité, pour la curation des fièvres intermittentes.

Dans le tome XVI du *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, année 1845, article 3120, se trouve le résumé d'un travail fait par M. Henri Gintrac.

Dès l'année 1842, dit-on, le professeur Gintrac a essayé l'arsenic d'après la méthode de M. Boudin; 33 malades furent

traités ainsi dans les mois de juillet et d'août. Ces essais n'ayant pas répondu aux promesses des partisans de l'arsenic, M. Gintrac y renonça, et s'en tint au sulfate de quinine, ou au quinquina uni au tartre stibié et au laudanum, moyens qui se sont constamment montrés efficaces. M. Gintrac, en 1845, a voulu expérimenter derechef les préparations arsenicales. Selon ce praticien, le mode d'administration indiqué dernièrement par M. Boudin aurait été exactement suivi; les malades auraient pris chaque jour, avant l'accès, la solution de 1 centigramme d'acide arsénieux dans 100 grammes d'eau; 33 malades auraient été soumis à cette médication pendant le mois de septembre dernier... En comparant les résultats, on voit 1° que, dans 6 cas, la guérison a été définitive et immédiate; 2° que, dans 7, la fièvre a éprouvé uue modification assez remarquable, dans laquelle les trois stades n'étaient plus distincts, l'accès semblait avoir disparu; mais il restait un état fébrile continu, le pouls donnait de 90 à 100 pulsations, la peau conservait une chaleur assez élevée; néanmoins, cet état s'est dissipé sous l'influence de soins hygiéniques simples, excepté chez un individu maintenant atteint d'anasarque; 3° que quatre fois les accès, après avoir cédé à l'emploi de l'arsenic, ont, peu de jours après, reparu et nécessité l'emploi du sulfate de quinine; 4° enfin que, chez 16 malades, l'arsenic n'a produit aucun effet sensible, et qu'il a fallu recourir au sulfate de quinine. De ces faits, M. Gintrac déduit la conclusion absolue que l'arsenic est un mauvais remède, et ne supporte pas la comparaison avec les préparations de quinquina.

En présence des résultats obtenus par M. Boudin, à Versailles, les insuccès accusés par M. Gintrac ne m'étonnèrent pas moins que son jugement si absolu sur la valeur des préparations arsenicales pour la curation des fièvres intermittentes.

Je pensai que les malades traités par M. Gintrac n'étaient pas dans les mêmes conditions que ceux dont je recueillais les observations, et je crus que la connaissance des faits m'expli-

querait la différence des résultats. Je me procurai donc le *Journal de médecine de Bordeaux*, année 1842; à mon grand regret, je n'y trouvai pas une seule observation.

Les nouveaux faits recueillis par M. Gintrac pendant le mois de septembre dernier se trouvent dans le numéro d'octobre du journal de Bordeaux. Ces faits, divisés en quatre séries, sont rapportés de manière qu'ils ne prouvent absolument rien contre l'emploi thérapeutique de l'arsenic dans les fièvres intermittentes. Ils ne comportent nullement les déductions que M. Gintrac en a tirées. Puisqu'il s'agit de la solution d'une question qui n'est pas sans importance, il me paraît nécessaire de soumettre au jugement des lecteurs quelques observations prises dans chacune des quatre séries. Je transcris textuellement le journal de Bordeaux :

Série A.— Obs. I. — François Tessier, âgé de 22 ans, Espagnol, travaillant au Verdon (Médoc), avait eu souvent des fièvres intermittentes. Le 1er septembre 1845, il vint à l'hôpital accusant une fièvre tierce. Les accès furent constatés les 1er et 3, et cédèrent immédiatement à l'administration de la solution arsenicale.

Obs. V. — Lucras (Jean), 17 ans, terrassier au Verdon, venait d'être traité d'une fièvre intermittente par le sulfate de quinine; quelques jours après elle reparut, et céda facilement à l'emploi de la solution arsenicale.

Série B. — Obs. I. — Lapeyre (Jean), âgé de 28 ans, travaillant au Verdon, avait pris quelques faibles doses de sulfate de quinine pour arrêter une fièvre quotidienne, mais elle avait reparu. Le 11 septembre il vient à l'hôpital; du 16 au 21 la solution est donnée, les accès semblent disparaître, les périodes ne sont plus distinctes; il n'y a ni frissons ni sueurs, mais on observe un état fébrile continu, sans rémission appréciable; la peau est toujours chaude, le pouls donne de 80 à 100 pulsations; il y a de la céphalalgie, des douleurs générales et vagues. L'acide arsénieux est suspendu; on a recours à des boissons tempérantes, et la fièvre se dissipe peu à peu.

Obs. III. — Chez Garrit (Jean), 24 ans, de Bordeaux, atteint

depuis trois jours de fièvre double quotidienne, la solution arrêta les accès; mais il resta un mouvement fébrile continu, que les soins hygiéniques firent suspendre.

Obs. VII. — Lagarde, 23 ans, terrassier au Verdon, avait eu souvent, depuis deux mois, des accès fébriles sous le type tierce. Le sulfate de quinine, quoique pris à faible dose, en avait facilement triomphé. Il se rend à l'hôpital le 23 septembre, accusant une fièvre tierce. On remarquait, en outre, une pâleur générale; la face était légèrement bouffie, la peau terreuse; le ventre n'offrait aucun point sensible; il était résistant à gauche, la matité y était très-prononcée; mais la dureté des parois empêchait de bien apprécier les limites de la rate; cependant il était évident que cet organe présentait un développement anormal. Plusieurs accès ayant eu lieu, on administra pendant cinq jours la solution arsenicale: sous l'influence de cette médication, la périodicité disparut, une fièvre continue s'établit; le pouls était toujours fréquent et faible. En outre, cet individu tomba dans un état de langueur, l'appétit devint nul, les forces diminuèrent, et aujourd'hui il est encore à l'hôpital porteur de lésions dues à des fièvres prolongées; le ventre est tendu, météorisé; la rate a dépassé ses limites naturelles, il y a commencement d'ascite; les membres inférieurs sont le siége d'une infiltration générale. L'examen du thorax démontre de la matité à la partie inférieure de chaque côté, et la respiration ne s'y entend que faiblement. Les battements du cœur sont un peu obscurs, mais ne s'accompagnent d'aucun bruit particulier.

Série C. — Obs. II. — Catalans (Gilbert), âgé de 40 ans, était souvent venu à l'hôpital pour des fièvres qui cédaient rapidement au sulfate de quinine. Le 4 septembre, de nouveaux accès se présentent, accompagnés de colite. Sous l'influence du régime la diarrhée disparaît, et on conseille la solution arsenicale. Du 6 au 14 septembre, elle est prise avec exactitude. Le 9, la fièvre avait cessé. Gilbert sort le 14 de l'hôpital, mais rentre le 2 octobre, ayant une fièvre quotidienne qui nécessita l'emploi du sulfate de quinine.

Obs. IV. — Barre (Jean), 52 ans, terrassier au Verdon, avait eu une fièvre quarte dont le sulfate de quinine avait triomphé. Le 13 septembre il vient à l'hôpital pour une fièvre quotidienne. La solution arsenicale, donnée du 17 au 26, avait même presque im-

médiatement arrêté les accès, lorsque de nouveau ils se reproduisirent les 27 et 28; le sulfate de quinine en fit promptement justice.

Série D. — Obs. II.— Berthe (Uctolle), 24 ans, domestique, avait depuis un mois des accès de fièvre double-quotidienne. Donnée pendant quatre jours, la solution arsenicale ne produisit aucun changement favorable; le sulfate de quinine put seul enrayer les accès.

Obs. III.—Gabriel (Jaghéon), 16 ans, terrassier à Bordeaux, entre à l'hôpital, pour une fièvre quotidienne, le 11 septembre. Jusqu'au 20 la solution arsenicale ne peut enrayer les accès qui se reproduisent chaque jour. Le 21, le sulfate de quinine est administré, et la fièvre ne se reproduit plus. Ce malade est rentré le 14 octobre, accusant une fièvre quotidienne.

Obs. VIII. — Rivière (Joseph), 26 ans, terrassier au Verdon, avait depuis cinq jours une fièvre quotidienne. Pendant dix jours la solution arsenicale fut administrée. L'accès avait diminué, lorsque, le onzième jour, la fièvre reparut avec une certaine intensité; mais elle céda au sulfate de quinine. Rivière sortit le 5 octobre, mais il est rentré le 14 pour la fièvre sous le même type.

Obs. XIII. — La solution fut en vain donnée à Célestin (Pierre), âgé de 33 ans, terrassier au Verdon, atteint de fièvre quotidienne. Son usage pendant cinq jours n'obtint aucun succès; il fallut employer le sulfate de quinine.

Telles sont les observations les plus complètes que renferme le travail de M. Gintrac. Réunissent-elles les conditions nécessaires pour ne laisser aucune prise à l'erreur? Le diagnostic ne laisse-t-il rien à désirer? Dans la majorité des cas rapportés par M. Gintrac, l'élément paludéen ne jouait-il pas seulement un rôle tout à fait secondaire dans la maladie? Ce sont des questions qu'il serait superflu de discuter. Je me bornerai à faire les remarques suivantes : Il y a, dans le mémoire dont il s'agit, environ un tiers des cas qu'on peut supposer se rapporter plus particulièrement à des fièvres intermittentes; or, l'on voit que tous ces cas étaient des rechutes

survenues chez des malades déjà traités antérieurement une ou plusieurs fois par le sulfate de quinine. Par exemple, l'observation 7 de la série B est une fièvre intermittente dont le sulfate de quinine, selon M. Gintrac, *avait facilement triomphé;* ce qui n'a pas empêché la cachexie paludéenne de se développer et de mettre les jours du malade en danger. Cette observation montre que l'arsenic, comme le sulfate de quinine, a été prompt à arrêter les accès; mais que ces deux agents administrés seuls étaient incapables de guérir la fièvre intermittente, qui ne consiste pas uniquement, comme semble le croire M. Henry Gintrac, dans la manifestation d'accès fébrile. Les mêmes remarques s'appliquent également aux autres cas.

Telle fièvre intermittente cèdera à une petite dose de sulfate de quinine, telle autre à une dose élevée seulement. Or, M. Gintrac a toujours donné la même dose d'acide arsénieux (1 centigramme) à tous ses malades, et il n'a pas fait usage du vomitif en 1845, médicament qu'il adjoignait au sulfate de quinine en 1842. Il aurait pu, comme cela se fait à Versailles, administrer, sans causer le moindre accident, 2, 3, 4 et même 5 centigrammes d'acide arsénieux : dans ce cas, n'aurait-il pas obtenu des résultats plus satisfaisants s'il s'était adressé à de véritables fièvres paludéennes? Enfin, l'état fébrile continu, la chaleur élevée de la peau, en même temps que la fréquence et le développement du pouls, établissent que M. Gintrac n'avait pas à traiter des fièvres intermittentes de même caractère ni de même forme que celles que j'ai observées à Versailles. En présence des faits que j'ai rapportés, et après avoir lu attentivement les observations de M. Gintrac, on ne saurait admettre ses conclusions si générales et si absolues, car elles sont en contradiction avec l'expérience.

Je ne dirai rien des résultats obtenus par MM. Monneret et Fleury, puisqu'ils reconnaissent eux-mêmes « avoir expérimenté sur un trop petit nombre de malades pour se prononcer

contre l'acide arsénieux. » (*Compend. de méd. prat.*, t. V, p. 315.)

On trouve encore consignés dans quelques journaux un très-petit nombre d'insuccès qui ne prouvent absolument rien contre l'efficacité de l'arsenic, car on ne cite que des chiffres sans rapporter une seule observation, sans rien faire connaître des conditions dans lesquelles on a expérimenté.

On a donné, dans le *Bulletin général de thérapeutique* (année 1844, p. 27), l'analyse du mémoire de M. Besnard sur l'emploi thérapeutique de l'acide arsénieux dans les fièvres intermittentes. (*Loc. cit.*) Comme cette analyse ne m'a pas paru faite avec l'impartialité qu'on doit attendre d'un esprit juste et libre de toute préoccupation, je dois, la question est assez importante pour cela, rendre leur véritable valeur aux faits rapportés par M. Besnard, et dont j'ai moi-même été témoin. Voici les réflexions qui terminent cette analyse : « Il nous est impossible de ne pas remarquer ici que les observateurs de tous les temps ont remarqué que les accès de fièvre intermittente disparaissent souvent après l'administration d'un vomitif, dans ces fièvres surtout qui s'accompagnent d'embarras gastrique. Si nous consultons maintenant les vingt-deux observations qui accompagnent le mémoire de M. Besnard, nous sommes plus porté encore à faire preuve de réserve sur l'efficacité du traitement arsenical. Qu'y voyons-nous, en effet ? Qu'un seul malade a pris l'acide arsénieux seul ; que, chez tous les autres, la médication a été complexe. 16 malades ont pris, avant l'arsenic, la potion vomitive ; chez un, l'arsenic a été associé au sulfate de quinine ; chez trois, il l'a été à ce sel et aux vomitifs ; chez un autre, enfin, à la saignée, au vomitif et au sulfate de quinine. Quelles conclusions, par exemple, tirer de faits analogues à celui-ci ? Lagrue, âgé de 22 ans, soldat au 7e hussards, en garnison à Versailles, sans maladie antérieure, fut pris le 1er mai, pendant sa garde à la caserne, à cinq heures du soir, de frissons suivis de chaleur. Le 2 mai, il n'éprouva rien qu'un peu de faiblesse

et de fatigue dans les membres. Le 3, la fièvre paraît à cinq heures jusqu'à minuit. Il entre à l'hôpital le 4 mai, jour d'apyrexie. Le 5 mai, accès à huit heures du soir. Le 6, potion vomitive et 2 milligrammes à huit heures et demie du soir. A la suite de cette médication, les accès ont disparu. Le malade est sorti le 16 mai, après quatorze jours d'hôpital Quel praticien n'a vu de ces accès de fièvre printanière cesser, après le troisième ou le quatrième accès, sous la seule influence ou d'un léger vomitif, ou d'une simple tisane amère? En résumé, sans contester absolument l'efficacité du traitement arsenical, nous ne croyons pas que les faits invoqués jusqu'ici prouvent sa supériorité sur le sulfate de quinine, ni même son égalité d'action; et nous trouvons dans ce traitement des inconvénients si graves, surtout dans la pratique civile, que nous n'osons pas le recommander aux praticiens. »

Les faits rapportés par M. Besnard peuvent être divisés en trois ordres : le premier comprend les observations 2, 6, 21, qui sont relatives à des fièvres intermittentes simples, légères, comme celles qu'on est dans l'habitude d'appeler printanières. Ces observations, auxquelles M. Besnard n'a jamais attaché aucune importance, ne se trouvent dans son travail que parce qu'il a voulu donner tous les faits recueillis par lui pendant le mois de mai 1843. Il est surprenant qu'on ait choisi précisément la plus bénigne de ces trois fièvres d'accès pour l'opposer à des conclusions déduites d'autres faits, qu'on s'est gardé de faire connaître.

Le deuxième comprend les observations 7, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 22, qui se rapportent à des fièvres paludéennes assez tranchées, pour la curation desquelles on emploie habituellement le sulfate de quinine. De ces 9 fièvres intermittentes, 7 se montrèrent chez des soldats venant de la citadelle de Strasbourg, 6 apparaissaient pour la première fois, 3 avaient été coupées par le sulfate de quinine, mais non guéries radicalement, puisqu'elles ne tardèrent pas à reparaître. La po-

tion vomitive administrée à tous ces malades dès leur entrée n'a jamais réussi seule à couper immédiatement la fièvre, puisque chez 4 elle n'a cédé qu'après la première prise d'acide arsénieux; chez 2, après la deuxième; chez 1, après la quatrième. Chez un seul malade l'accès n'a pas reparu après le vomitif; mais il avait aussi pris l'arsenic avant l'heure de l'accès.

Le troisième renferme les observations 1, 3, 4, 5, 9, 15, 17, 18, 19, 20, rapportées peut-être avec trop peu de détails. Toutes ces observations sont des cas bien tranchés de fièvres intermittentes, dont plusieurs sont caractérisées non-seulement par des accès bien complets, mais encore par une cachexie paludéenne bien dessinée, avec décoloration de la peau et des muqueuses, œdème des jambes, tuméfaction de la rate, etc... La fièvre, après avoir été traitée par le sulfate de quinine, réapparaissait, chez 2 malades, pour la première fois; chez 2, pour la deuxième fois; chez 4, pour les troisième, quatrième, cinquième et huitième fois; enfin, 2 en étaient atteints pour la première fois. Le sujet de l'observation 1, après avoir été traité huit fois, pendant deux ans, dans divers hôpitaux, par le sulfate de quinine sans avoir jamais recouvré la santé depuis l'invasion du mal, a obtenu, de l'emploi combiné du vomitif et de l'acide arsénieux, une guérison radicale. Le sujet de l'observation 4 entrait à l'hôpital pour la cinquième fois, pour une fièvre jusqu'alors rebelle au sulfate de quinine. Ce sel, donné à la dose de 6 et 8 décigr. pendant plusieurs jours, arrête les accès, mais ils reparaissent bientôt. La fièvre cède à 4 mill. d'acide arsénieux en deux prises; mais elle reparait encore au bout de quelques jours. On revient au sulfate de quinine, et 8 *décigr. de ce sel sont pris pendant six jours sans qu'il en résulte la moindre modification dans le retour et l'intensité de l'accès.* Le septième jour 2 milligr. d'acide arsénieux, associés au sulfate de quinine, modifient l'accès ; puis 4 mill. d'arsenic seul achèvent la gué-

rison. Voilà le cas dans lequel l'arsenic a été associé au sulfate de quinine, parce que le sulfate de quinine était d'une inefficacité absolue. Qui donc voudrait voir dans ce fait une preuve de la vertu du sulfate de quinine? Le succès de l'arsenic eût été bien plus rapide et plus évident si on l'eût administré à la dose de 1 centigramme ; mais à cette époque on n'osait pas encore le donner à cette dose.

Les trois cas dans lesquels l'arsenic a été associé au sulfate de quinine et aux vomitifs sont relatifs à des fièvres intermittentes originaires de la citadelle de Strasbourg, dont deux avaient été traitées, sans guérison solide, par le sulfate de quininine : l'une (obs. 9), qui *n'avait point été modifiée par ce sel uni au vomitif*, a été arrêtée par la première dose de 2 milligr. d'acide arsénieux ; une autre (obs. 17), qui avait résisté à une potion vomitive et à l'arsenic pris pendant quatre jours à la dose de ½, puis de 2 milligr.; qui n'avait pas non plus subi la moindre modification de 5 décigr. de sulfate de quinine donnés deux fois, céda enfin, pour ne plus reparaître, à la première prise d'acide arsénieux, administré cette fois à la dose de 4 milligr. Enfin, la troisième (obs. 20), après avoir été arrêtée par un vomitif et l'acide arsénieux à la dose de 2 milligr., reparut au bout de quelques jours : on donna deux fois le sulfate de quinine à la dose de 8 décigr. ; l'accès ne fut nullement modifié. On revint à l'acide arsénieux à la dose de 2 milligr. ; l'accès, diminué après la première prise, ne reparut plus après la troisième. Dans un cas, dit l'auteur de l'analyse, on a associé à l'arsenic la saignée, le vomitif et le sulfate de quinine. Dans ce cas, la fièvre avait résisté au vomitif, à la saignée et à deux prises d'arsenic à la dose de 2 milligr. 8 décigr. de sulfate de quinine sont donnés en une seule fois, et l'accès reparaît sans modification. On revient à l'arsenic, mais alors à la dose de 4 milligr. pour une seule prise, et l'accès est immédiatement supprimé.

Voilà les faits : le lecteur les appréciera, puis prononcera

sur la valeur et la justesse des conclusions formulées dans l'analyse qui a été donnée du travail de M. Besnard.

La reproduction, dans cette analyse, de l'observation la moins concluante, le soin qu'on a pris de taire les cas rebelles au sulfate de quinine et guéris par l'arsenic, le silence absolu qu'on a gardé sur les rechutes si nombreuses après le traitement par la quinine, sont des circonstances qui, ce nous semble, doivent facilement faire juger la question.

En résumé, l'examen attentif des faits qu'on invoque pour établir l'inefficacité et le danger de l'acide arsénieux, montre que ces faits, fort peu nombreux, très-incomplets, ne comportent nullement les conclusions générales et absolues qu'on voudrait en déduire.

Voyons actuellement si les preuves de son efficacité ne sont pas nombreuses et établies de manière à porter la conviction dans les esprits.

Ce n'est guère qu'à partir du XVIIe siècle que les propriétés fébrifuges de l'arsenic commencèrent à être solidement établies. Slevogt, après en avoir fait usage pendant longues années, le proclama le fébrifuge par excellence, et le déclara supérieur au quinquina. Melchior Frick, Keil, les docteurs Plenciz père et fils, Harles, tous célèbres médecins d'Allemagne, l'employèrent avec un succès constant dans des milliers de cas de fièvres intermittentes. Dans le même temps Fowler, Pearson, popularisaient l'usage de ce médicament en Angleterre. Le duc d'York, prince du sang royal, fut guéri par l'arsenic d'une fièvre intermittente rebelle au quinquina. Freir, de Birmingham, dit avoir guéri, sans aucun inconvénient, plus de mille ouvriers par la méthode de Fowler. Je ne connais, dit Willan, aucun remède plus sûr, plus efficace et plus commode à prendre que cette solution arsenicale dans le traitement des fièvres intermittentes. Brera en Italie, Barton en Amérique, Desgranges, Fodéré et M. Gasc en France, obtinrent aussi de nombreux succès avec l'arsenic. «Les pro-

priétés fébrifuges de l'arsenic, disent MM. Trousseau et Pidoux, sont aujourd'hui admises par tous les hommes qui se sont tenus au courant de ce qui s'est publié sur ce médicament, et les témoignages à cet égard sont si nombreux, les faits si bien détaillés et si bien observés, qu'on ne peut se refuser à placer l'arsenic presque à côté du quinquina comme fébrifuge. »

Cependant, ni les nombreux succès obtenus, ni l'autorité de tant d'auteurs recommandables, n'avaient pu détruire les injustes préventions qui pesaient sur l'arsenic; il n'était même plus question, en France, de son emploi dans le traitement des fièvres intermittentes, lorsque M. Boudin s'est proposé « non pas d'exclure le quinquina de la thérapeutique médicale, comme on l'a dit, mais uniquement de réhabiliter et de régulariser l'emploi thérapeutique d'un médicament destiné à remplacer le quinquina dans l'immense majorité des circonstances, souvent même dans celles où ce dernier modificateur aura échoué. (*Loc. cit.*, p. 302.)

Les nouvelles expériences faites avec l'arsenic depuis quelques années confirmèrent pleinement les succès obtenus autrefois avec ce remède. Depuis 1840, M. Boudin a traité par l'acide arsénieux 2,947 malades de tout âge, de tout sexe, provenant de diverses localités. Sur ce nombre de malades, plus de 2,000 individus avaient été traités antérieurement de *une* à *dix* fois par le sulfate de quinine, et avaient rechuté.

La Société royale de médecine de Marseille a nommé une commission à l'effet de suivre les essais thérapeutiques de M. Boudin. Voici un extrait de son premier rapport « ... Les membres de la commission éprouvent le besoin de vous communiquer par l'organe de M. Lieutier, rapporteur, des faits qui se sont passés sous leurs yeux, et qui les ont vivement frappés. Ces faits, les voici : Sur 16 malades soumis au traitement par l'acide arsénieux, 15 ont guéri, dont : fièvres quotidiennes, 10; fièvres tierces, 2; céphalalgie nocturne, 1; sueur nocturne, 1; héméralopie, 1. Chez un seul malade,

l'acide arsénieux s'est montré impuissant; il s'agissait d'une fièvre qui durait déjà depuis vingt-deux mois, et qui avait également résisté à la quinine... Un fait important à signaler, c'est que, pour s'assurer de la guérison définitive des malades, M. Boudin s'était fait un devoir de les conserver à l'hôpital pendant quinze jours après leur dernier accès... »

En 1842, pendant les expéditions de Tlemcen, et d'été, M. Hutin a employé l'arsenic à $^1/_{100}$ de grain sur 26 individus. Il a obtenu 24 guérisons. A l'hôtel-Dieu de Marseille, M. Cardiallac a guéri plus de 200 fièvres intermittentes avec le même médicament. MM. Lordat, René, Chrestien, Poujol, professeurs à l'École de Montpellier, n'eurent pas un seul cas d'insuccès, ni un seul cas d'accidents. (Martinache, thèse de Montpellier; 1845, n° 46. — *Journ. de méd. prat. de Montp.*) Le docteur Garbiglietti, médecin de la reine douairière de Sardaigne, a employé à Turin l'acide arsénieux à la dose d'un $^1/_{100}$ de grain, avec un succès dont les journaux d'Italie ont rendu compte. Plusieurs médecins des hôpitaux de Paris obtinrent aussi des résultats favorables de ce médicament. (Acad. de méd., séance du 19 août 1845.)

Voici les résultats obtenus à l'hôpital militaire de Versailles:

Depuis le 1er janvier 1843, au 1er janvier 1846, 574 individus ont été admis à l'hôpital pour des fièvres intermittentes. 142 malades qui n'avaient que des fièvres légères ou regardées comme telles, et dont la constitution n'était pas sensiblement altérée, n'ont reçu que des vomitifs ou de simples soins hygiéniques. Les autres, dont les fièvres étaient bien dessinées et originaires de localités marécageuses à un haut degré, ont été traités par le sulfate de quinine (1) ou l'acide arsénieux et les vomitifs.

(1) Les malades traités à l'hôpital militaire de Versailles par le sulfate de quinine n'étaient pas dans le service de M. Boudin, qui a employé exclusivement l'arsenic.

Malades n'ayant pris ni quinine ni arsenic,	142;	récidives, 8 : soit 5,6 sur 100.
Malades traités par sultate de quinine,	111;	récidives, 14 : soit 12,5 sur 100.
Malades traités par l'acide arsénieux,	311;	récidives, 10 : soit 3,2 sur 100.
Malades traités par arsenic et quinine associés après récidive,	10	— — —
Total. . . .	574	

Plus du tiers des malades qui ont pris l'arsenic avaient été traités antérieurement une ou plusieurs fois par le sulfate de quinine. La durée moyenne du séjour à l'hôpital a été de 30 journées pour les malades traités par le sulfate de quinine, et de 22 pour ceux qui ont pris l'arsenic. Voilà des chiffres qui parlent hautement en faveur de l'emploi de l'acide arsénieux. Mais, pour ne pas se faire d'illusions sur l'efficacité réelle de l'arsenic, il faut remarquer, 1° qu'une bonne statistique, particulièrement en médecine, est fort difficile à établir; 2° que les vomitifs, l'alimentation réparatrice et le vin qui ont été donnés aux malades, revendiquent une large part dans les résultats obtenus.

De ce que les propriétés fébrifuges de l'acide arsénieux sont incontestables, faut-il conclure à l'infaillibilité de ce médicament? Non certainement. Comme le quinquina, comme tous les autres remèdes, l'arsenic échouera dans certaines circonstances. Ce qu'il reste donc à faire actuellement, c'est de déterminer les circonstances dans lesquelles on pourrait toujours faire usage, avec succès, de l'acide arsénieux contre les affections paludéennes. Le passage suivant, emprunté à M. Gasc, renferme déjà des éléments pour la solution de cette question : «... J'ai choisi deux constitutions différentes de fièvres d'accès pour essayer l'arsenic; dans l'une, il n'a pas réussi; dans la seconde, il a produit de si bons effets que j'aurais été tenté de le regarder comme très-supérieur

au quinquina par sa vertu fébrifuge. Maintenant, supposons que je n'eusse fait qu'un seul de ces essais, n'est-il pas évident que j'aurais pu me ranger, avec quelque apparence de raison, soit parmi les détracteurs, soit parmi les partisans outrés de ce remède? En général, nous nous hâtons trop de juger, et nous nous décidons avant d'avoir bien examiné tous les points d'une question... Les fièvres, vers la fin du printemps et au commencement de l'été, étaient presque toutes tierces et d'un caractère inflammatoire; or, dans ce cas, l'usage des préparations arsenicales nous paraît être contre-indiqué; car, comme le dit Fodéré, l'effet principal et constant de ce remède est d'animer, d'exciter les solides, de rendre le pouls plus fréquent, plus soutenu, et, en général, de produire l'inverse des effets de la digitale pourprée : aussi les constitutions molles et muqueuses, les tempéraments cacochiques, les individus faibles et languissants, sont plutôt guéris de la fièvre par ce moyen que les personnes robustes d'un tempérament sanguin et disposé à l'inflammation. Par cette même raison, les fièvres de printemps sont plus longues à céder par l'arsenic que celles d'une autre constitution. Marcus, de Bamberg, a fait la même remarque pour l'année 1811. De même, Harles et Geiger, qui ont fait longtemps usage de l'arsenic, disent qu'il paraît seulement indiqué lorsque les organes de la digestion sont profondément affectés, comme dans les fièvres quartes, tandis qu'il ne serait pas convenable avec les maladies et la fièvre intermittente inflammatoires. »

Il convient, en effet, pour apprécier l'efficacité du fébrifuge et pour traiter convenablement les fièvres intermittentes, d'en établir deux formes principales, d'après les circonstances dans lesquelles elles se manifestent : 1° Un individu de forte constitution, habituellement en bonne santé, ayant toujours vécu hors des lieux marécageux, s'expose pendant les fortes chaleurs de l'été à l'action des miasmes paludéens dégagés d'un foyer actif; il survient une fièvre intermittente caractérisée par des accès violents, du délire, un pouls plein, dur,

développé; la peau est chaude et colorée; il y a congestion sur quelque organe, ou imminence d'une phlegmasie locale..., etc.; il existe, en un mot, une affection semblable aux fièvres intermittentes consignées dans les observations 2, 3, 4, du livre de M. Nepple. Eh bien! dans ces cas, l'acide arsénieux, à l'exclusion de toute autre médication, pourrait bien être donné sans succès. Le sulfate de quinine aurait-il ici une supériorité marquée? Je ne le pense pas, car je lis dans l'ouvrage de M. Nepple (obs. 2, p. 33) : «Le cinquième accès devance d'une heure avec des symptômes encore plus violents, quoique le sulfate de quinine n'ait fait éprouver aucune irritation gastrique sensible.» Cette fièvre ne céda qu'après une forte saignée dont le sang fut très-couenneux et le caillot très-ferme. «Sans les émissions sanguines, ajoute le même auteur, les fièvres de cette forme peuvent résister à *tous les fébrifuges.*»

Quand l'hiver a été froid et prolongé, on voit des fièvres intermittentes de même caractère apparaître au printemps, et quelquefois pendant l'été, 1° dans les localités peu marécageuses où le miasme paludéen n'exerce qu'une influence légère et de peu durée sur l'économie; 2° chez des individus qui, habitant des lieux très-marécageux, peuvent suivre un régime restaurant, et ne sont pas obligés de passer leurs journées au milieu des foyers d'infection. La même chose peut encore s'observer dans les régiments qui, ayant habité une localité non marécageuse, sont tout à coup transportés de France, pendant l'été, au milieu des marais de l'Algérie. Ces fièvres, dites inflammatoires, qui tendent à passer à la continuité, peuvent réclamer les émissions sanguines.

Après la saignée, l'acide arsénieux, comme antipériodique, serait-il moins efficace que le sulfate de quinine? Je ne le pense pas. Quelques centigrammes d'arsenic en plusieurs prises ne seraient pas capables de développer une excitation nuisible; au surplus l'expérience en décidera.

2° La fièvre intermittente peut se manifester dans des con-

ditions tout à fait opposées, c'est-à-dire chez des individus débilités ou chez lesquels l'action plus ou moins prolongée du miasme paludéen a fait naître une cachexie plus ou moins profonde, marquée par une décoloration générale, une langueur de toutes les fonctions, un pouls petit, mou..., etc. Dans cette forme, la seule qui s'est présentée à Versailles, l'acide arsénieux a réussi parfaitement, même dans les fièvres rebelles au sulfate de quinine. Dans les cas de cette nature, les émissions sanguines sont toujours nuisibles ; elles seront souvent mortelles si, la fièvre tendant à la continuité, on trouve le pouls très-fréquent et très-petit ; si la langue se sèche et noircit, s'il survient du délire ou du coma..., etc.; en un mot, si elle revêt cet état auquel on a donné le nom impropre de *gastro-céphalite.*

Quelles que soient les variétés de cette forme, c'est aux vomitifs *suffisamment répétés*, et aux fébrifuges, arsenic ou quinquina, qu'il faut recourir dans tous les cas. C'est ici le lieu de faire remarquer que, outre sa propriété antipériodique qui lui est commune avec le sulfate de quinine, l'arsenic semble jouir encore d'une autre vertu que les sels de quinine ne partagent point avec lui. Il paraît avoir contre la cachexie paludéenne une action analogue à celle que le mercure et le fer exercent contre les cachexies vénériennes et chlorotiques. Comme eux, il stimule l'organisme, particulièrement les fonctions digestives, et provoque l'appétit : effet qu'on n'obtient pas du sulfate de quinine. D'après cela, on peut donc croire que l'acide arsénieux pourrait être employé avec succès sur beaucoup des nombreux malades de l'armée d'Afrique, et particulièrement sur ceux qui se montrent réfractaires au sulfate de quinine, ou ne peuvent plus le supporter.

On demande dans le *Bulletin général de thérapeutique* (*loc. cit.*) «si on accorderait à l'arsenic une action assez prompte, assez sûre pour oser l'employer avec confiance dans la catégorie de ces fièvres qui menacent d'une mort rapide, si on ne parvient à enrayer les accès.»

Il y a trente ans, lors de la découverte de la quinine, a-t-on connu du jour au lendemain les propriétés du nouveau médicament et les doses qu'il était possible de donner, dans les fièvres intermittentes pernicieuses graves, sans faire courir de danger au malade? N'est-ce pas après avoir expérimenté prudemment et pendant plusieurs années qu'on a admis ses vertus fébrifuges et formulé les règles de son administration dans ces maladies? Il faut aussi pour l'arsenic recourir à l'expérience, en se gardant bien, toutefois, de suivre l'exemple des médecins qui ont expérimenté avec des résultats si malheureux le sulfate de quinine dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu. Le médecin consciencieux et prudent saura attendre et saisir l'occasion d'une fièvre intermittente pernicieuse pour le traitement de laquelle il sera impossible au malade de se procurer du sulfate de quinine. Dans cette circonstance, l'expérimentation sera non-seulement légitimée, mais le médecin remplira encore un devoir en donnant l'acide arsénieux. Mais pour répondre nettement à la question, je dirai que si j'avais à traiter une de ces fièvres qui menacent d'être mortelles au troisième ou au quatrième accès, je donnerais, dans l'état actuel des connaissances, la préférence au sulfate de quinine; si j'avais à ma disposition l'arsenic et la quinine, j'administrerais simultanément les deux remèdes.

Dans quelle dose faut-il se renfermer pour n'avoir rien à redouter de l'acide arsénieux? La lecture des auteurs, ainsi que les expériences nouvelles, conduisent à reconnaître, pour le moment, qu'on a pu administrer, sans causer le moindre accident, *deux grains d'acide arsénieux* en une seule fois dans les vingt-quatre heures. Mais à en juger par l'expérience acquise jusqu'à ce jour, il ne sera presque jamais nécessaire de recourir à une pareille dose, et la quantité de fébrifuge à administrer sera ordinairement renfermée entre quelques milligrammes et 5 ou 6 centigrammes dans les vingt-quatre heures. Des observa-

tions nombreuses prouvent, en effet, que des fièvres intermittentes anciennes, dont plusieurs s'étaient montrées rebelles au quinquina, ont été guéries promptement et sûrement par 1 ou 2 milligrammes d'acide arsénieux, quelquefois même après la première prise. Toutefois, lorsque des circonstances spéciales et exceptionnelles viendront à indiquer l'augmentation des doses ordinaires, on ne devra procéder à cette augmentation qu'avec la plus grande réserve, en graduant et en fractionnant le médicament le plus possible; car le médecin doit toujours avoir présent à l'esprit qu'il se trouve, très-exceptionnellement il est vrai, des individus doués d'une susceptibilité insolite.

La nécessité de donner des doses suffisamment élevées d'acide arsénieux dans une petite quantité de véhicule rend impossible, pour le traitement des fièvres intermittentes, l'emploi des eaux minérales d'Haman-mez-Koutin. Il serait de toute impossibilité d'ingérer dans l'estomac des malades la quantité d'eau nécessaire pour atteindre les doses indiquées; puis l'usage des boissons aqueuses est tout à fait contre-indiqué dans ces maladies.

A quelle préparation doit-on donner la préférence? — D'après ce qu'on sait de l'action des poisons minéraux sur les tissus qu'ils touchent, il est évident que dans leur emploi thérapeutique à l'intérieur, ils doivent toujours être donnés en solution. De toutes les préparations arsenicales, la plus commode à doser, celle qui est parfaitement tolérée par les malades, qui donne au médecin toute sécurité, et peut le mieux prévenir les conséquences d'une méprise, c'est la solution d'acide arsénieux telle qu'elle est employée à Versailles dans le service de M. Boudin. Voici la formule : acide arsénieux, *cinq* centigrammes; eau distillée, *cent vingt-cinq* grammes. La solution doit être faite par l'ébullition prolongée pendant une demi-heure.

Pendant combien de temps faut-il continuer l'adminis-

tration de l'arsenic après la cessation des accès? — Pour les médecins qui pensent que les maladies de marais sont nécessairement intermittentes, et ne se révèlent que par des accès plus ou moins violents, l'usage de l'arsenic doit cesser presque aussitôt qu'ils sont arrêtés. Mais pour ceux qui ne considèrent les accès que comme un des principaux symptômes de l'infection paludéenne, pour ceux qui ne voudront pas seulement guérir l'apparence, mais le fond de la maladie, pour ceux enfin qui auront vu combattre avec succès, par l'arsenic, la cachexie marécageuse et les accidents continus qui l'accompagnent, tels que la céphalalgie, la diarrhée, les sueurs, l'inertie des organes de la digestion, les douleurs névralgiques..., etc., la question sera envisagée sous un tout autre point de vue. Ils continueront sans crainte, et au grand profit des malades, l'usage de l'acide arsénieux à des doses décroissantes pendant un temps que chaque médecin déterminera, d'après les conditions dans lesquelles se trouveront les malades. Son prix ne sera jamais, pour personne, un obstacle à son usage prolongé.

Complications des fièvres intermittentes. Emploi des vomitifs et de la saignée.

Par le mot complication, pris dans sa véritable acception, on doit entendre, en médecine, l'apparition inattendue d'une affection pendant le cours d'une maladie, affection qui peut être indépendante, par son origine, par sa nature et même pour son traitement, de la maladie préexistante. Rien n'est plus rare que ces complications, et cependant rien n'est plus commun que d'entendre parler des complications des fièvres intermittentes : aussi en est-il résulté des erreurs graves de diagnostic et par conséquent de traitement. En effet, les divers accidents qui appartiennent en réalité aux fièvres de marais bien confirmées, qui reconnaissent les mêmes causes et participent de leur nature, qui leur donnent, si l'on veut, des formes particulières, ont été

considérés comme des maladies accidentelles réclamant un traitement particulier. C'est ainsi que les états saburral et bilieux des premières voies, la diarrhée, la dysenterie, les congestions sur les poumons, le cerveau, le foie, etc., ont reçu les dénominations de gastrite, de colite, de pneumonite, de céphalite, de gastro-céphalite, etc. Et comme les mots représentent les idées, que la nature du traitement découle de l'idée qu'on se fait de la nature du mal, il s'en est suivi l'application, dans toute sa pureté, du traitement antiphlogistique à une maladie imaginaire, et, après la perte du sang, l'aggravation de la maladie réelle, quelquefois une mort rapide; dans les autres cas, des épanchements séreux, qui plus tôt ou plus tard deviennent mortels.

Les états bilieux et saburral, qu'ils soient ou non accompagnés de soif vive, de nausées, de diarrhée, d'un sentiment d'ardeur, de plénitude et même de douleur à la pression dans la région de l'estomac, réclament impérieusement l'emploi du vomitif. Le bien-être que les malades en ressentent est surprenant. Si les symptômes d'embarras gastrique, constants chez tous les malades, persistent ou se reproduisent après un premier vomitif, ce qui est très-fréquent lorsque la cachexie paludéenne est bien dessinée, il ne faut pas hésiter à en prescrire un second, un troisième et même un quatrième. Du reste, les malades en éprouvent un soulagement si prompt et si grand, qu'ils les demandent eux-mêmes avec instance. Sous l'influence du vomitif, on voit l'appétit renaître, la circulation se ranimer, la tristesse et la taciturnité, si frappantes chez la plupart des malades, se dissiper; la soif et la diarrhée diminuer, quelquefois disparaître, ainsi que la fièvre lorsqu'elle est récente; mais pour peu qu'elle soit ancienne, ou si elle se montre chez un individu exposé, depuis un certain temps, à l'action des miasmes marécageux, les accès persistent le plus souvent, parfois même ils reparaissent avec plus de violence. Quoi qu'il en soit, le vomitif administré dès le

début du traitement prévient les rechutes, et accroît considérablement la vertu fébrifuge de l'acide arsénieux et de la quinine.

On objecte qu'en employant simultanément les vomitifs et l'acide arsénieux, on ne peut rien conclure de positif relativement aux proprités fébrifuges de l'arsenic.

Les observations que j'ai rapportées au commencement de ce travail prouvent 1° que l'acide arsénieux donné seul peut, dans les cas ordinaires, arrêter les accès et procurer une guérison solide; 2° que le vomitif, qui détruit l'embarras gastrique et améliore l'état général, n'exerce le plus souvent, dans les cas tranchés, aucune influence ni sur le retour, ni sur l'intensité de l'accès; 3° enfin que, dans ces circonstances, l'acide arsénieux seulement a supprimé des accès qui n'avaient pas éprouvé, après le vomitif, la plus légère modification. Voudrait-on exiger de l'arsenic, pour admettre ses vertus fébrifuges, qu'il guérit, sans médication auxiliaire, toutes les fièvres intermittentes, quelles que fussent leurs formes? A ce compte-là le sulfate de quinine, qu'on a toujours regardé comme le meilleur remède des maladies de marais, n'aurait donc aucune vertu fébrifuge; car je lis dans l'ouvrage de M. Nepple, qui est un fort bon juge de la question (p. 171): «Tant que l'embarras gastrique se soutient, l'administration du sulfate de quinine *n'a aucune prise sur la fièvre, si ce n'est pour l'aggraver.* Dans les cas où il parvient à la supprimer, l'individu reste languissant, dégoûté, sans appétit, avec teint jaune, jusqu'à ce qu'elle reparaisse de nouveau et plus tenace, ce qui ne tarde guère à arriver.» Ce jugement si absolu, résultat d'une longue pratique dans des localités marécageuses à un haut degré, ne serait pas applicable à l'arsenic, à en juger par les faits que j'ai vus. Ce remède, M. Boudin l'a déjà dit, se passe plus facilement que le sulfate de quinine de l'adjonction du vomitif.

Si l'on veut, sans prévention, apprécier la valeur des deux

fébrifuges donnés dans les mêmes conditions, on ne trouve pas au sel de quinine une supériorité marquée sur l'arsenic ; il faut même reconnaître que ce dernier remède jouit, dans certaines circonstances, d'une efficacité supérieure à celle de toutes les préparations de quinquina.

Le grand nombre de soldats de l'armée d'Afrique qui rentrent en France pour des fièvres rebelles à la quinine ; les épidémies de 1630, 1781 et 1787, dans lesquelles Ramazzini, Baker, Frank, ont constaté l'impuissance du quinquina contre les fièvres intermittentes ; les rechutes si fréquentes après l'emploi de ces remèdes, prouvent que la réussite constante qu'on voudrait leur reconnaître n'est qu'une hypothèse en contradiction manifeste avec les faits.

Outre l'inefficacité assez souvent constatée de la quinine, il existe encore d'autres raisons de chercher un médicament « qui puisse être pour ainsi dire un deuxième quinquina. » (Martinache, *loc. cit.*) Le quinquina vient d'un pays éloigné ; il a manqué quelquefois, il peut manquer encore ; son prix élevé engage à la falsification. Du sulfate de quinine falsifié a été vendu 50 et 75 centimes le grain. Les riches étant peu exposés aux émanations marécageuses, la fièvre sévit presque exclusivement contre les travailleurs, c'est-à-dire contre les individus que leur pauvreté met dans l'impossibilité de se procurer le médicament qui doit leur rendre la santé, et avec elle le pain quotidien de la famille. Enfin, il est des malades qui ne peuvent pas supporter la plus petite dose de sulfate de quinine.

Alimentation. — Pour les médecins, et ils sont encore bien nombreux, qui ne voient partout que des inflammations et qui rapportent à la gastro-entérite, la plus rare de toutes les maladies, les accidents si divers liés à la cachexie paludéenne, la question si importante de l'alimentation, dans les maladies aiguës et chroniques, est bientôt résolue. La diète et toujours la diète ! « Il est temps, dirons-nous avec

M. Cazenave (*loc. cit.*), d'en finir avec ces nausées, ces irritations abdominales qu'on nous jette toujours en avant quand il s'agit de thérapeutique, et qui se ressentent beaucoup trop encore de l'époque où l'on tremblait devant l'eau de poulet. » Une alimentation substantielle et réparatrice, l'usage à haute dose d'un bon vin, doivent être mis au nombre des moyens les plus précieux et les plus certains pour guérir les fièvres intermittentes et prévenir les rechutes. A l'hôpital militaire de Versailles, après l'administration du vomitif et de l'acide arsénieux une ou deux fois, c'est-à-dire le deuxième ou le troisième jour après l'entrée, le malade reçoit le quart de portion de pain, de viande et de vin; puis l'alimentation est promptement portée aux trois quarts de portion, quelquefois même à la portion entière. C'est surtout en Afrique, où les soldats sont épuisés par des fatigues excessives et débilités par le miasme des marais, que l'alimentation doit fixer particulièrement l'attention du médecin. On trouvera sur cette question des faits fort instructifs et dignes de la plus grande attention dans les travaux de MM. Boudin (*loc. cit.*), Worms (*Hygiène et traitement des malad. d'Afrique;* Paris, 1838), Maillot (*Fièvres intermitt. d'Afrique*), qui ont pratiqué pendant plusieurs années en Afrique.

Enfin, je signalerai une dernière circonstance qui a dû contribuer à la rapidité et à la solidité de la guérison des malades traités à l'hôpital de Versailles : c'est l'établissement d'un système de ventilation telle qu'on ne perçoit jamais dans les salles la moindre odeur.

Je me résume dans les propositions suivantes :

L'arsenic n'est pas un remède plus dangereux que beaucoup d'autres remèdes administrés journellement.

Son emploi thérapeutique, aux doses que j'ai indiquées, ne produit pas, dans le présent ni dans l'avenir, les accidents qui lui ont été gratuitement attribués.

Tous les arguments dont on s'est servi pour le rejeter du

traitement des fièvres intermittentes ne reposent que sur des suppositions et des préjugés.

En admettant qu'il existe quelques faits malheureux dus à l'imprudence, on ne doit pas plus, pour cette raison, l'exclure de la matière médicale que le sulfate de quinine, parce que ce sel, administré par des mains imprudentes, a causé, dans ces derniers temps, la mort de plusieurs individus.

Outre la propriété incontestable qui lui est commune avec le sulfate de quinine, de prévenir le retour des accès, l'arsenic est encore un excitant général de l'organisme et spécialement des voies digestives, et provoque l'appétit, effets qui n'appartiennent pas au sulfate de quinine, dont l'action un peu prolongée cause des douleurs d'estomac, l'inappétence, la débilité, et des sueurs abondantes et fréquentes (1).

Administrés dans les mêmes conditions, l'acide arsénieux et le sulfate de quinine donnent à peu près les mêmes résultats pour la suppression des accès; mais, les accès supprimés, l'acide arsénieux l'emporte sur le sel de quinine par ses propriétés excitantes.

S'il est des fièvres rebelles à l'arsenic et guéries par le sulfate de quinine, il en existe aussi un très-grand nombre contre lesquelles le quinquina et ses préparations sont impuissants, et qui céderont à l'arsenic.

Dans certaines épidémies, dans des constitutions médicales différentes, l'un des médicaments pourra peut-être l'emporter sur l'autre.

Comme le sulfate de quinine, l'*arsenic fait disparaître l'engorgement de la rate* en guérissant la fièvre intermittente.

L'arséniate de quinine, expérimenté à l'hôpital de Ver-

---

(1) D'après M. Legroux et M. Magendie, le sulfate de quinine donné à dose un peu élevée diminue la proportion de fibrine et augmente la fluidité du sang.

sailles par M. Boudin, ne paraît avoir aucune supériorité sur l'acide arsénieux à doses égales. Ce sel a été donné à la dose de 1 décigramme sans causer la plus légère incommodité.

Les vomitifs exercent l'influence la plus heureuse sur l'état moral et physique des malades. D'une efficacité constante et très-grande dans tous les cas, il y a souvent indication de les répéter plusieurs fois pendant la durée du traitement. Le plus souvent incapables de guérir seuls des fièvres intermittentes bien dessinées, ils contribuent beaucoup à prévenir les rechutes, à rappeler l'appétit, et accroissent considérablement les propriétés fébrifuges de l'acide arsénieux et du sulfate de quinine.

La soif, les nausées, un sentiment d'ardeur dans l'estomac, la diarrhée, la douleur par la pression sur l'épigastre, ne sont pas des contre-indications des vomitifs. Le plus souvent ces accidents disparaissent comme par enchantement, après avoir provoqué quelques vomissements au moyen du tartre stibié uni à l'ipécacuanha.

Dès que les malades éprouvent le désir de manger, il est de la plus haute importance de leur donner du vin à haute dose et une alimentation réparatrice : c'est le plus puissant moyen de combattre efficacement la cachexie paludéenne, de prévenir les rechutes et de placer l'organisme dans les meilleures conditions pour résister à l'action débilitante de l'intoxication marécageuse. Souvent les malades, pour avoir subi le joug de certaines doctrines, se mettent voloutairement à la diète. Il importe de combattre énergiquement ce préjugé, si nuisible à leur rétablissement. Les émissions sanguines générales et locales ne trouvent que très-exceptionnellement leur application dans le traitement des affections paludéennes. Pour peu que l'infection marécageuse soit dessinée, elles sont toujours nuisibles. Ce n'est que dans les cas *très-rares* de complication inflammatoire que l'on peut y avoir recours, et même alors il faut en user avec la plus grande réserve.

En réhabilitant en France l'emploi des préparations arsenicales, et en régularisant leur mode d'administration, M. Boudin a rendu un grand et incontestable service à la thérapeutique, et il faut lui savoir gré de la tenacité avec laquelle il a poursuivi son œuvre scientifique.

REVUE GÉNÉRALE.

Pathologie et thérapeutique médico-chirurgicales.

Maladies de l'oreille (*Recherches statistiques sur les*); par le Dr Is. Harrisson.—Nous avons pensé qu'on accueillerait avec intérêt les recherches statistiques du Dr Harrisson, d'autant plus que ces recherches jettent un certain jour sur des maladies encore fort mal connues. Il résulte de ces recherches que les maladies de l'oreille se montrent à tout âge, depuis 2 mois jusqu'à 80 ans; le plus souvent cependant (dans les trois quarts des cas), de 5 à 50 ans; et plus d'un cinquième se répartit entre l'âge de 10 à 20 ans, c'est-à-dire à une époque où la constitution se développe et où les causes de maladies sont le plus facilement mises en jeu. Quant à la durée de ces affections, le plus grand nombre durait depuis 10 à 20 ans; d'autres, depuis 5 à 10 ans; enfin, près du tiers des cas était réparti entre l'âge de 5 à 20 ans. Les deux oreilles étaient affectées isolément dans 69 cas: la droite, dans 36; la gauche, dans 33 cas. Toutes deux étaient malades à la fois dans 121, au même degré dans 55 cas; la droite plus que la gauche, dans 29 cas; et la gauche plus que la droite, dans 37. D'où il suit que c'est à tort que l'on considère l'oreille gauche comme plus souvent malade que la droite. La surdité qui existait dans tous ces cas présentait des degrés très-divers, depuis le simple affaiblissement de l'ouïe jusqu'à la surdité la plus complète. La plupart des individus entendaient mieux par un temps sec, d'autres par un temps humide; quelques-uns par la chaleur; d'autres par le froid; quelques-uns lorsqu'il y avait beaucoup de bruit autour d'eux; d'autres lorsque tout était calme. Sur 182 cas dans lesquels l'auteur a cherché avec soin les causes qui

pouvaient avoir déterminé la maladie de l'oreille, il a trouvé que dans 83, c'est-à-dire dans les deux tiers des cas, il était impossible d'arriver sur ce point à aucun résultat. La surdité paraissait, au contraire, se rattacher à l'action du froid dans 53 cas; à des fièvres éruptives (scarlatine, rougeole, variole), dans 19 cas; à des maladies de la peau (impetigo, eczéma), dans 6 cas; à une fièvre antérieure, dans 6 cas; à des corps étrangers dans l'oreille, dans 4 cas; à la dyspepsie, dans 2 cas; à la syphilis, dans 2 cas; à la dentition, dans 3 cas; enfin, à la salivation, aux scrofules, à l'aménorrhée; dans un cas, elle était congénitale. Parmi ces causes on remarque l'influence exercée par les fièvres éruptives, influence qui n'avait encore été signalée que d'une manière fort incomplète, tandis qu'on avait tant insisté sur les ophthalmies scarlatineuses, rubéoleuses, etc.

L'auteur s'est également occupé de déterminer quelle est la fréquence relative des diverses maladies de l'oreille; sur 190 cas, il a trouvé 40 cas d'accumulation de cérumen; 5 cas d'otite externe aiguë et 21 cas d'otite externe chronique; 5 cas d'otite interne aiguë et 49 cas d'otite interne chronique; 25 cas de surdité tenant à une maladie de la gorge; 30 cas de surdité d'origine constitutionnelle; 2 cas d'inflammation de la membrane du tympan; 4 cas de corps étrangers dans l'oreille; 2 cas d'abcès derrière l'oreille; 1 cas d'hypertrophie du pavillon de l'oreille; 1 cas de surdité par suite d'anémie; 1 cas de surdité périodique; 2 cas de tintouin; 1 cas de surdi-mutité congénitale; 1 cas de surdité par suite de maladie du cerveau. L'affection la plus commune est donc celle qui compromet au plus haut degré l'audition et même la vie, c'est-à-dire l'otite interne chronique; elle forme plus du quart des cas; et sur les 49 cas, 35 coïncidaient avec la destruction d'une ou des deux membranes du tympan. Après l'otite interne chronique, vient immédiatement (dans un cinquième des cas) l'accumulation du cérumen, cause d'une surdité que l'on guérit si facilement; puis ce qu'il appela la surdité organique constitutionnelle, que les recherches de Toynbee (v. *Arch. gén. de méd.*, 4ᵉ sér., t. IV, p. 327) ont rattachée le plus souvent à un dépôt de lymphe plastique sur la membrane du tympan, et qui résiste d'une manière si tenace à la thérapeutique la plus rationnelle; enfin, la surdité qui tient à un état de la gorge (plus d'un huitième des cas), surdité si remarquable par la manière dont elle survient et par les procédés que l'on peut employer pour la guérir. De ces 190 cas, 41 étaient incurables; 102 guérirent parfaitement; 35 furent améliorés (23 d'une ma-

nière très-notable); 6 présentaient une marche très-irrégulière; 1 s'était terminé par la mort; 5 autres malades étaient encore en traitement. Il suit de ce relevé que la guérison a eu lieu dans un peu plus de la moitié des cas; mais il ne faut pas se dissimuler que ces cas de guérison sont surtout relatifs à l'accumulation du cérumen et à la surdité qui dépend de maladie de la gorge; quant aux améliorations, elles portaient surtout sur les cas dans lesquels la membrane du tympan avait été perforée ou détruite. (*Provincial med. and. surgical journal*, juillet 1845.)

Varices des veines spinales (*Paraplégie et accidents nerveux déterminés par des*); obs. par M. Hermann, médecin adjoint à l'hôpital général de Vienne.) — Un homme de 56 ans, d'une constitution faible et cachectique, n'avait eu dans le cours de sa vie que quelques indispositions insignifiantes. Dans son enfance, une porte lui était tombée sur les lombes, ce qui lui causa pendant assez longtemps de fortes douleurs dans cette région. Néanmoins la santé se maintint dans un bon état jusqu'à l'âge de 54 ans. A cette époque, le malade remarqua une certaine difficulté à s'appuyer sur le pied droit; plus tard, il lui fut impossible de s'élever sur les orteils de ce côté. Quelques mois après, il survint une perversion, et plus tard abolition complète de la sensibilité dans ce même pied; ce qui rendait la marche incertaine et chancelante. Bientôt le pied gauche fut lui-même entrepris; il survint des douleurs dans les genoux, de la faiblesse dans les extrémités. Quelques semaines avant l'entrée à l'hôpital, à la suite de l'usage des eaux de Bade, de bains russes et d'autres médications, il apparut des crampes violentes accompagnées de douleurs vives dans les régions inguinales, et d'un amaigrissement marqué des deux extrémités inférieures.

A son entrée à l'hôpital, le 24 avril 1844, voici ce que l'on constata : aspect cachectique, amaigrissement prononcé; les organes thoraciques et abdominaux fonctionnent comme dans l'état normal. Aux extrémités inférieures, on note que les muscles des cuisses sont le siége de mouvements oscillatoires irréguliers et périodiques. Lorsque l'on ploie un genou, la jambe se redresse immédiatement par un mouvement brusque; quand on ploie les deux genoux, il survient le tremblement musculaire dont nous venons de parler; les genoux sont amenés avec force l'un contre l'autre; la cuisse seule a conservé de la sensibilité. Lorsque l'on touche les jambes, le malade ne sent rien, ou quelquefois il per-

çoit une impression de froid. La température n'est pas abaissée, bien que le malade éprouve une sensation de froid. Il existe des douleurs vives qui traversent les deux extrémités et s'étendent jusque dans les canaux inguinaux; enfin, ces deux extrémités sont manifestement amaigries. L'excrétion urinaire est difficile ou impossible; la vessie fait au-dessus du pubis une saillie qui a le volume d'une tête d'enfant. Lorsqu'on examine la colonne vertébrale, on trouve une assez grande sensibilité à la pression sur les apophyses épineuses de la région lombaire et sacrée. Le malade est habituellement constipé; il porte à la marge de l'anus des tumeurs hémorrhoïdales. Le traitement consista dans l'application de l'électro-magnétisme; les pôles d'une pile galvanique furent successivement appliqués à la région lombaire, à la région hypogastrique et aux pieds. Ce traitement ramena un peu de sensibilité, mais la faiblesse fit des progrès; il survint des douleurs dans la région sacrée, une diarrhée involontaire, de l'incontinence d'urine, et enfin une large eschare au sacrum. On recourut à quelques autres moyens de traitement; ils furent tous aussi infructueux. Vers le milieu de juin, arrivèrent quelques accès de fièvre intermittente, auxquels le malade ne tarda pas à succomber.

A l'autopsie, on constata l'existence d'une plaque gangréneuse qui avait envahi le sacrum, le périnée et jusqu'aux muscles de la région fessière. Il existe à la face interne de la dure-mère et à la circonférence des deux hémisphères, une fausse membrane d'un brun sale, parsemée de coagulums sanguins du volume d'une lentille. La pie-mère est épaissie, dense, infiltrée de beaucoup de sérosité; la substance cérébrale est consistante, très-injectée et d'un blanc sale. Les ventricules contiennent environ une demi-once de sérosité transparente; les plexus veineux de l'intérieur du cerveau sont volumineux; leurs parois sont épaisses, et ils paraissent renfermer des sortes d'ampoules réunies les unes aux autres et contenant un liquide brunâtre. Les sinus de la base du crâne sont vides. Le canal vertébral renferme la quantité habituelle de liquide céphalo-rachidien; il est d'une teinte grisâtre. La pie-mère est très-épaissie et offre une couleur jaune rouillée prononcée. Les veines qui la parcourent semblent notablement élargies; cet élargissement est surtout apparent vers la cinquième ou la sixième vertèbre dorsale. A partir de ce point jusque vers la première lombaire, et dans une hauteur d'environ 1 pouce et demi, le calibre de ces veines atteint celui d'une forte plume de corbeau : cela est surtout évident vers les origines nerveuses, où ces veines forment

des entrelacements anastomotiques nombreux. En dehors de ce point, les veines forment encore des circonvolutions et des entrelacements plus marqués qu'à l'ordinaire, mais moindres que vers les dernières vertèbres dorsales. Leurs parois sont élargies, et elles renferment toutes une assez grande quantité de caillots sanguins d'une couleur rouge noirâtre. Les racines nerveuses, qui sont le plus particulièrement entourées des anastomoses vasculaires, sont plus menues, plus aplaties que les autres, plus consistantes; elles ont une couleur d'un gris sale. La moelle épinière est molle dans toute son étendue, du reste sans autre altération.

Les autres organes offraient des lésions variées, mais sans intérêt pour l'observation présente. Ajoutons seulement qu'il existait dans l'appareil urinaire des altérations profondes, dues sans doute au séjour prolongé que l'urine était obligée de faire dans ces réservoirs. (*OEsterreich. med. Wochenschrift*, 1845, n° 1.)

Les auteurs, Hodgson en particulier, contiennent bien quelques exemples de dilatation des veines spinales, mais elles n'existaient jamais en dehors d'une maladie du système veineux général, et dans aucun cas, on n'a noté ces dilatations partielles qui semblaient être jusqu'à présent l'apanage du système veineux sous-cutané. Sans chercher à pénétrer la cause de cette dilatation partielle, ce qui, pour le dire en passant, serait fort difficile, nous devons noter que la description que nous avons rapportée la rapproche exactement des dilatations variqueuses des veines extérieures, et que c'est à elle seule que nous devons rapporter les lésions nerveuses si singulières que nous avons décrites. L'auteur de l'observation n'hésite pas à les attribuer à la compression que cette dilatation a dû exercer sur la portion correspondante de la moelle épinière. Nous n'avons aucune raison péremptoire à opposer à cette opinion; nous devons pourtant faire remarquer que ce n'est pas chose commune que la compression des nerfs portée au point de déterminer la paralysie, sous l'influence d'une simple dilatation des parois vasculaires, surtout quand cette dilatation n'a pas grand obstacle à vaincre pour se faire dans un autre sens. Ajoutons que si cette compression eût existé depuis l'apparition des premiers symptômes, il est probable que la moelle épinière et les organes nerveux eussent offert des altérations plus marquées que celles assez insignifiantes qui ont été notées.

Rupture de l'estomac (*Obs. de — chez un enfant*); par le docteur J. Stewart Allen. — Un enfant de 10 ans, habituellement

bien portant, fut pris, dans la nuit du 11 décembre 1845, de douleurs très-vives dans le ventre, qui était considérablement ballonné. Transporté immédiatement à l'infirmerie Saint-Marylebone, il était dans un état d'affaissement considérable; les traits altérés, les extrémités froides, le pouls filiforme; fréquentes envies de vomir, mais sans résultat; abdomen fortement distendu. Malgré les soins qui lui furent prodigués, il mourut quatre heures après. L'abdomen était énorme; les fausses côtes fortement repoussées en dehors; les poumons sains; le péricarde adhérant au cœur dans toute son étendue. Au moment où l'on ouvrit l'abdomen, il s'échappa un jet de gaz fétide; l'estomac était affaissé, considérablement élargi et couché en travers de l'abdomen; les petits intestins étaient également distendus par des gaz, et contenant des matières alimentaires digérées à demi. En soulevant l'estomac, on aperçut à son extrémité cardiaque une déchirure par laquelle une portion des aliments avait pénétré dans l'abdomen. L'estomac contenait encore une pinte de matière pulpeuse. La membrane muqueuse était molle et marbrée; l'extrémité pylorique de l'estomac était considérablement épaissie et fortement contractée, au point qu'il était extrêmement difficile de faire passer de l'eau de l'estomac dans l'intestin grêle; le cœcum était également rétréci, et les petits intestins présentaient en quelques points des coarctations telles, qu'il eût été difficile d'y introduire une plume de corbeau; le cerveau était congestionné, mais sans autre altération. (*The Lancet*, décembre 1845.)

Kyste hydatique du foie (*Observation d'un — suppuré, traité avec succès par l'ouverture à l'extérieur*); par le Dr Th. Alexander. — Le 6 juillet dernier, l'auteur fut appelé pour donner des soins à une jeune dame de 20 ans, qui était arrivée à la Nouvelle-Écosse, le mois de mars précédent, des Indes occidentales, dans lesquelles elle avait séjourné pendant un an, et où elle avait été atteinte d'une fièvre rémittente bilieuse. Depuis son arrivée, elle était mal portante et se plaignait souvent d'un sentiment de plénitude et de gêne à l'épigastre. Vers le milieu de juin, elle s'était aperçue d'une tumeur à la région épigastrique; cette tumeur avait fait peu à peu des progrès et était devenue douloureuse à la pression. Voici les symptômes qu'elle présentait : amaigrissement considérable, pâleur de la face et des lèvres, soif vive, frisson de temps en temps, et sueurs nocturnes; dévoiement; pouls à 140, petit et difficile à compter; anxiété, perte d'appétit et nausées; douleurs

à l'épigastre, ainsi que dans l'hypochondre droit. Dans ces deux derniers points, on sentait une tumeur large, saillante, quoique encore mal circonscrite, qui refoulait les téguments sans qu'ils présentassent trace d'inflammation. A la partie la plus saillante de cette tumeur, on sentait une fluctuation obscure. Comme la peau du tronc était le siége d'une coloration ictérique, on en conclut que c'était un abcès du foie. Peu de jours après, la fluctuation devint de plus en plus distincte. Comme les symptômes s'aggravaient, l'auteur, après avoir pris l'avis de plusieurs de ses confrères, se décida à plonger un trois-quarts volumineux dans la partie la plus saillante de la tumeur, un peu à droite de la ligne blanche, et à 4 pouces environ au-dessus de l'ombilic. L'instrument parut pénétrer, dans l'étendue d'un pouce et demi, à travers un tissu résistant; et, en retirant le trois-quarts, on obtint un écoulement de plusieurs onces d'un liquide semblable à du petit-lait, puis un liquide véritablement purulent et d'une odeur désagréable. Bientôt l'écoulement s'arrêta, malgré la pression que l'on exerçait au pourtour de la tumeur. Alors on introduisit un stylet dans la canule, et on détacha plusieurs hydatides, dont quelques-unes étaient encore entières et renfermaient un liquide de couleur ambrée, et dont les autres étaient rompues et ressemblaient à des membranes; ensuite on retira la canule, et on introduisit un morceau de linge jusque dans l'intérieur du sac. Pendant les jours suivants, on faisait s'écouler deux fois par jour le liquide qui s'était amoncelé dans le kyste, mais toujours avec une certaine difficulté, à cause de la présence des hydatides, qui oblitéraient l'ouverture. Dans la soirée du 21, on retira un très-large sac hydatique; cette extraction fut suivie de l'écoulement d'une grande quantité de pus de bonne nature. A partir de cette époque, le soulagement fut notable. Le lendemain, on vit sortir par la plaie une certaine quantité de bile, et cet écoulement se répéta les jours suivants. Le 29, on s'aperçut d'une tumeur fluctuante qui se formait à l'épigastre, et qui amincissait les téguments, à 3 pouces au-dessous de la première ouverture. Cette tumeur fut ouverte, et donna issue à beaucoup d'hydatides et de pus. Le 2 août, la première incision était cicatrisée; mais la seconde fournissait toujours beaucoup de pus et de débris d'hydatides. La présence d'une hydatide volumineuse, qui s'était engagée dans la plaie et qui avait oblitéré l'ouverture, occasionna seule quelques accidents. A partir de cette époque, l'amélioration alla toujours croissant, et le 1er septembre, elle put se mettre en route pour son pays. La plaie inferieure four-

nissait encore une certaine quantité de pus; la région épigastrique était revenue à sa forme normale; la malade avait de l'appétit, dormait parfaitement, et allait tous les jours à la garde-robe. (*London med. gaz.*, décembre 1845.)

La suppuration des kystes hydatiques du foie est généralement considérée, et avec grande raison, comme une terminaison fort dangereuse et souvent mortelle. Il semble résulter de cette observation que l'ouverture du kyste pratiquée en pareil cas donne des chances de succès; et c'est à ce titre que nous lui avons donné place dans ce journal.

Plaie de l'abdomen avec hernie du foie (*Résection d'une portion du tissu hépatique, dans un cas dc*); obs. par le docteur John Macpherson. — On trouve dans un ouvrage de Blanchard (*Anatomia practica rationalis;* Amst., 1688) l'observation d'un soldat qui reçut un coup d'épée dans la région du foie. Cette blessure fut suivie d'une abondante hémorrhagie et de syncope. L'hémorrhagie suspendue, on retira de la plaie, avec des pinces, un morceau du bord antérieur du foie qui avait été détaché par l'arme. Le malade guérit après avoir éprouvé des accidents très-graves. Trois ans après, il mourut; et, à l'autopsie, on trouva qu'une petite portion de la partie inférieure du lobe hépatique qui avait été blessé manquait entièrement; les autres viscères étaient sains. D'un autre côté, on peut voir dans le *Journal de Dieffenbach* l'observation d'un enfant qui tomba sur un couteau. Une portion du foie sortit par la plaie, et un chirurgien la retrancha avec des ciseaux, sans se douter de ce qu'était sa nature, et sans qu'il en résultât aucun accident sérieux. Ces deux observations laissent évidemment beaucoup à désirer, non-seulement pour l'authenticité des faits eux-mêmes, mais encore pour savoir qu'elle a été l'étendue de la résection qu'on a pratiquée sur le foie; il n'en est pas de même de l'observation suivante.

Un Indien âgé de 60 à 70 ans fut apporté en juin dernier à Howrah. Il avait reçu dans le ventre un coup de lance à 3 pouces au-dessus de l'ombilic et à 2 pouces en dehors et à droite. A travers cette plaie, s'échappait une portion triangulaire du foie qui avait le volume et la forme des quatre doigts réunis. La plaie elle-même, qui n'avait pas plus de 1 pouce de diamètre, était complétement fermée par le foie. Cet homme rapportait qu'il avait été frappé dans l'obscurité deux heures auparavant, et que le foie était sorti par la plaie aussitôt après avoir retiré la lance. Il ajoutait

qu'il avait perdu une grande quantité de sang. Cependant le foie ne paraissait pas avoir été blessé. Il était difficile de faire rentrer dans la cavité abdominale la portion herniée de l'organe hépatique, sans donner à la plaie plusieurs pouces d'étendue. Aussi l'auteur préféra-t-il laisser l'organe à l'extérieur; et pour éviter au malade d'attendre la mortification de cette partie, il se décida à l'exciser après avoir placé une ligature autour de la base de la tumeur; malgré cela, deux artères fournirent du sang; et il fallut les lier. Pendant un jour ou deux, le malade fut dans un état assez grave. Cependant les symptômes s'amendèrent : neuf jours après, les ligatures étaient tombées avec une petite portion du foie qu'elles étreignaient; la plaie présentait des bourgeons charnus et marchait vers la cicatrisation. Trois semaines après, ce malade retournait chez lui parfaitement guéri. La portion du foie qui avait été excisée, privée du sang qu'elle contenait, et macérée dans l'alcool pendant plusieurs semaines, pesait encore une once et quart; sa surface était inégale, quoique sans déchirure : c'était probablement une portion du bord antérieur du lobe droit. L'auteur fait remarquer que le toucher de cette tumeur occasionnait d'abord de la douleur, et que cependant sa résection fut parfaitement indolente; et pendant le travail de la cicatrice, il ne s'écoula jamais de bile par la plaie. Deux mois après, cet homme était encore en parfaite santé; il y avait un peu de froncement de la peau auprès de la plaie, et le foie était adhérent à la paroi abdominale. (*London med. gaz.*, janv. 1846.)

TUMEURS DES MUSCLES (*Sur une espèce particulière de*); par M. Salomon. — Sous ce nom, M. Salomon décrit une maladie fort singulière qui nous semble peu connue, et à l'appui de laquelle il rapporte quatre observations. Voici les caractères qu'il lui assigne :

Lorsqu'un muscle commence à être affecté de la maladie en question, on constate dans un point quelconque de son étendue l'existence d'une petite tumeur du volume d'un gros pois, dure, mobile, et adhérent néanmoins par des filaments au muscle sous-jacent. Elle ne cause alors aucune incommodité, et peut persister ainsi fort longtemps sans grossir; néanmoins, elle prend peu à peu du volume jusqu'à devenir grosse comme un œuf de pigeon ou de poule, acquiert de la mollesse, de l'élasticité tout en restant mobile. Arrivée à ce point, la tumeur devient rapidement volumineuse, s'unit intimement au muscle, dont elle envahit une

grande partie en gênant son action ; elle envahit également les parties voisines, devient immobile, bosselée, très-dure, et peut encore persister longtemps sans occasionner de douleurs. Plus tard, la peau qui recouvre la tumeur devient rouge, puis brunâtre. Il survient alors des élancements et comme des douleurs de brûlure ; mais l'état général reste toujours satisfaisant. Il s'écoule des années avant que surviennent les modifications dont nous venons de parler ; mais lorsque la maladie est très-avancée, la tumeur se ramollit dans l'intervalle des bosselures. Les points ramollis deviennent fluctuants, s'ouvrent et donnent issue à une sanie grisâtre fétide, mêlée de caillots de sang et de grains d'une matière dure. Ces évacuations ont lieu plusieurs fois dans la journée, et la plaie donne quelquefois issue à une masse fétide, spongieuse, facilement saignante. A cette époque il survint de la fièvre qui devient continue, et dont la persistance peut entraîner le malade au tombeau.

La maladie que nous venons de décrire attaque le plus souvent le muscle sterno-mastoïdien ; la tumeur se montre le plus ordinairement immédiatement au-dessous du maxillaire inférieur, ou bien un peu au-dessus de la clavicule, ou enfin tout à fait au-dessous de l'apophyse mastoïde. Dans ses progrès, elle envahit tous les muscles voisins, rarement ceux de la nuque, s'étend quelquefois jusqu'au-dessous du larynx et jusqu'à la clavicule, empêche, quand elle est volumineuse, le mouvement du bras de ce côté, détermine de la surdité, la cécité amaurotique de l'œil du même côté, etc. La maladie en question paraît à M. Salomon être produite sous l'influence de la dyscrasie syphilitique ou psorique ; il croit que son développement est favorisé par le libertinage, ou bien par des traitements mercuriels trop prolongés ou employés inopportunément. Elle attaque surtout les personnes âgées de plus de 30 ans. Lorsque la tumeur est à son début, qu'elle n'a pas envahi trop de tissus, on peut l'arrêter dans sa marche en l'extirpant avec toutes les parties déjà intéressées. Tous les efforts pour la résoudre seraient inutiles. Mais quand la maladie a fait des progrès, le pronostic devient grave, même quand la personne a conservé des forces.

A l'appui de son travail, M. Salomon rapporte quatre observations dont trois furent suivies de mort, et malheureusement l'autopsie ne fut pas faite. La quatrième est un fait de guérison que nous allons rapporter.

Observation. — Un garçon de meunier, âgé de 44 ans, d'une bonne constitution, d'un tempérament sanguin, fort adonné aux femmes, et qui avait eu plusieurs fois la chaudepisse et des chancres, et avait subi des traitements mercuriels, fut pris, à l'issue d'un de ces traitements, de la maladie dont nous venons de parler. Une petite tumeur arrondie, indolore, mobile, apparut derrière l'oreille gauche : on la prit pour une glande engorgée sous l'influence du traitement mercuriel, et on n'y fit pas attention. A l'époque où M. Salomon vit ce malade, elle s'était transformée en une tumeur allongée, bosselée, qui commençait immédiatement au-dessous de l'apophyse mastoïde, s'étendait dans la direction du muscle sterno-mastoïdien jusqu'à 1 demi pouce au-dessus de la clavicule ; elle ne déterminait pas de douleur, mais gênait le malade au point de le forcer à avoir toujours la tête penchée à gauche. Quelques semaines plus tard, le malade vint demander à être traité, et alors, dans l'intervalle des bosselures, deux points s'étaient ramollis ; la tumeur avait été le siége d'élancements fugaces et rares. Il était survenu aussi de l'obscurcissement dans l'œil gauche, un peu de surdité du même côté, ainsi que de la sécheresse dans la narine. D'après l'avis de M. Langenbeck, qui fut consulté, on plaça un séton volumineux le long du bord postérieur du muscle sterno-mastoïdien. On donna à l'intérieur la teinture d'iode ; et comme le malade ne la supportait pas bien, on alterna avec la poudre de souffre doré et la ciguë; pour boisson on prescrivit une décoction de bois sudorifiques. Au bout de deux mois, la tumeur était manifestement diminuée ; on continua le traitement en y joignant des frictions mercurielles. Comme il survint alors quelques douleurs dans la tumeur, et qu'il y avait de la céphalalgie, on appliqua quelques sangsues à la nuque et à la tempe gauche, et on administra des purgatifs salins. Au bout de quatre mois, la tumeur avait diminué des deux tiers ; et bien que le muscle sterno-mastoïdien fût encore roide comme une planche, les bosselures et les points ramollis qu'on avait remarqués dans son étendue avaient disparu. Mais il restait encore une tumeur élastique au-dessus de la clavicule, et une autre très-dure, du volume d'un œuf de pigeon, sur l'apophyse mastoïde. Comme le séton ne donnait plus guère, on fit faire, le long du sterno-mastoïdien, des frictions avec la pommade stibiée. L'éruption qui en résulta fut amenée à suppuration. Sous l'influence de celle-ci la tumeur disparut, et le sterno-mastoïdien reprit ses propriétés normales. Il ne restait que la tumeur sus-claviculaire et celle de l'apophyse mastoïde : la pre-

mière, étant molle et fluctuante, fut incisée et donna issue à une certaine quantité de pus louable; après cette évacuation, elle disparut rapidement. La tumeur de l'apophyse fut amenée à suppuration au moyen de la pommade stibiée; de façon qu'en mars 1840, c'est-à-dire après dix mois de traitement, le malade put être considéré comme guéri. (*Casper's Wochenschrift*, 1845.)

Nous avons rappporté cette observation et la description qui la précède avec quelque détail, parce que nous ne sommes pas aussi certain que le médecin allemand de la vérité de son diagnostic. La description qu'il donne de la maladie, son début, sa marche, sa terminaison, tout cela ressemble à s'y méprendre à la tumeur cancéreuse qui se développe sur les parties latérales du cou. Il n'est pas jusqu'aux matières de la suppuration qui ne vienne le confirmer. Un seul fait nous a jeté dans le doute : c'est précisément celui que nous rapportons. Une tumeur cancéreuse n'a pas l'habitude de disparaître sous l'influence d'une médication quelconque, et, dans le cas que nous avons cité, la résolution de la maladie est un fait incontestable. Quelle est donc la nature de cette tumeur? C'est ce qu'il est impossible de déterminer.

Hygroma antibrachial (*Obs. d' — traité et guéri par la ponction et les injections iodées*); par le Dr O.-J. Cabaret. — L'histoire chirurgicale des bourses séreuses sous-cutanées accidentelles est digne d'exciter la sollicitude des médecins, non-seulement parce que l'on est encore loin de s'accorder sur le siége de ces cavités et sur leur nombre, mais encore à cause des erreurs de diagnostic auxquelles elles peuvent donner lieu, et du traitement que l'on doit employer en pareil cas. A tous ces titres, l'observation suivante offre beaucoup d'intérêt.

Une dame de 42 ans, d'un tempérament nerveux et d'une constitution détériorée par une leucorrhée très-ancienne et une gastralgie presque continue, éprouva, en novembre 1840, de grandes fatigues à l'occasion d'une longue maladie qu'un de ses enfants subit à cette époque. Pendant toute la durée de sa maladie, l'enfant resta presque constamment assis sur l'avant-bras gauche de sa mère, qui le promenait dans cette position. La pression exercée par le poids du corps de l'enfant sur la face antérieure de l'avant-bras y détermina à la longue un sentiment pénible de fatigue, qui ne tarda pas à devenir continu. L'enfant guérit; mais la douleur que la mère éprouvait à l'avant-bras persista. Au bout de quelques semaines,

Il y avait un point d'induration sur le lieu douloureux ; plus tard, une petite tumeur succéda à l'induration. Cette tumeur, après avoir débuté sous la forme et le volume d'une noisette, acquit progressivement de la grosseur ; elle était lisse et sans aucune altération des téguments qui la recouvraient. Malgré divers traitements, elle continua à s'accroître : sa base s'étendit graduellement et s'allongea spécialement vers le pli du bras ; les mouvements de flexion de l'avant-bras sur le bras devinrent difficiles, et cette dame ne pouvait se livrer sans fatigue à ses travaux ordinaires. En 1841 et 1842, augmentation croissante de la tumeur dans ses divers diamètres. A la fin de 1843, tout le pli du bras était envahi. Pendant l'année 1844, la tumeur cessa de s'étendre, mais devint de plus en plus grosse, et parvint assez rapidement au volume des deux poings. Lorsque l'auteur vit cette dame pour la première fois, 7 décembre 1844, il nota l'état suivant : tumeur très-dure, rénitente, oblongue, bosselée, indolore, sans changement de couleur à la peau, étendue depuis la partie moyenne de la face antérieure de l'avant-bras jusqu'à trois travers de doigt au-dessus du pli du bras, et tellement volumineuse que tout mouvement de flexion était impossible. Un trois-quarts plongé dans la partie la plus saillante de la tumeur ne donna d'abord issue à aucun liquide ; mais, après avoir injecté une petite quantité d'eau tiède, on fit sortir, en comprimant la tumeur, une liqueur bourbeuse, blanchâtre, inodore, ayant la consistance d'une bouillie de gruau à moitié cuite. Alors on injecta un mélange composé de 90 grammes d'eau et de 12 grammes de teinture d'iode. Cette injection produisit quelques douleurs assez vives ; puis on fit sortir la liqueur injectée, qui entraîna encore une certaine quantité de ce liquide bourbeux (il en était sorti à peu près un demi-litre). Pendant la nuit, sommeil interrompu, agitation ; il s'écoula le matin une certaine quantité de liquide par la plaie ; dans la soirée, les douleurs augmentèrent et la peau commença à rougir. Le 10, l'érysipèle s'était étendu, et il continua à être très-vif jusqu'au 14 ; la plaie fournissait de la sérosité ou un liquide boueux. Le 16, la tumeur avait repris un volume notable, parce que la bouillie renfermée dans le sac ne pouvait se faire jour au dehors. L'auteur se décida à débrider l'ouverture ; il s'écoula aussitôt environ 250 grammes de cette matière, et cet écoulement continua pendant la nuit. Le 18, tout était rentré dans le calme ; et le 21, la cicatrisation était complète. Cette dame est retournée dans son pays parfaitement guérie ; elle a re-

couvré tous les mouvements de son bras, et la tumeur ne s'est pas reproduite. (*Journal de la Société de médecine pratique de Montpellier*, août 1846.)

Obstétrique.

Ophthalmie des femmes en couches (*Sur l'*); par le professeur Robert Lee. — Quoique Tenon ait signalé depuis longtemps la fréquence des ophthalmies chez les femmes en couches, la plupart des auteurs n'ont pas compris l'inflammation de l'œil parmi les complications fréquentes et même occasionnelles des maladies puerpérales. On trouve cependant çà et là dans les annales de l'art quelques exemples de cette affection. Ainsi, Marshall-Hall et M. Higginbottom ont rapporté six faits de ce genre, dans lesquels il y a eu destruction de l'œil. Dans tous ces cas, l'ophthalmie était survenue du cinquième au onzième jour après la délivrance; elle avait été caractérisée par la rougeur de la conjonctive, la contraction de la pupille, la photophobie, l'opacité de la cornée et le chémosis. Cette inflammation s'était terminée par la rupture de l'œil en deux cas. (*Med.-chirurg. transactions*, t. XIII.) D'un autre côté, M. Arnott, dans son mémoire *sur la phlébite*, a rapporté deux cas analogues, et les a rattachés à la phlébite utérine. (*Med.-chirurg. transactions*, t. XV.) Les deux observations que le Dr Robert Lee vient ajouter à celles que l'on connaît déjà sont d'autant plus intéressantes, qu'elles ont été suivies d'autopsie. Dans la première, il s'agit d'une femme qui fut délivrée le 27 janvier 1832, et chez laquelle il survint des accidents fébriles quelques jours après. Au dixième jour, fièvre, délire, soubresauts des tendons; la peau prit une teinte jaune sale; et le membre inférieur gauche était gonflé, en même temps qu'il y avait une douleur très-vive à la pression, sur le trajet des vaisseaux iliaques et fémoraux; la conjonctive des deux yeux ne tarda pas à s'enflammer, et la vue à s'affaiblir. Enfin le genou droit devint le siége d'une douleur extrêmement vive, et une plaque gangréneuse se montra vers le sacrum. Avant la mort (qui eût lieu le 18 février), le globe de l'œil prit un volume énorme, et la cécité était complète. — Les veines iliaque externe et fémorales, superficielles et profondes, étaient épaisses et leurs cavités oblitérées par des caillots solides; il en était de même de la veine épigastrique et de la veine circonflexe iliaque. Les ganglions voisins étaient augmentés de volume, rouges, injectés, et adhérents au tissu cellulaire et aux vaisseaux. A

peu de distance du point où elle reçoit la veine iliaque primitive gauche, la veine cave inférieure était épaisse, et tapissée à l'intérieur d'une couche de lymphe plastique molle. Les veines utérines, vaginales, fessières, et la plupart des autres veines qui forment le tronc de l'iliaque interne étaient remplies de pus et tapissées de fausses membranes de couleur brune : il en était de même des branches utérines de la veine iliaque interne droite; mais l'inflammation ne s'était pas étendue au delà. Dans l'épaisseur du tissu musculaire du col utérin et à gauche, on voyait une cavité qui contenait environ une demi-once de liquide purulent; les veines voisines étaient également remplies de pus.

La seconde observation est relative à une dame qui avait été accouchée avec le forceps, après un travail de plus de 48 heures; cette dame était parvenue au vingt-sixième jour de la délivrance lorsque des accidents, qui s'étaient montrés depuis quelques jours (la dyspnée et l'état fébrile), prirent une grande intensité. Elle perdit tout à coup la vue du côté droit, sans que les milieux de l'œil présentassent de modification. Le surlendemain, on reconnut que l'iris était tapissé de lymphe plastique, et la conjonctive infiltrée de sérosité. En même temps, il y avait des douleurs vives vers l'épaule, et la main du côté droit était gonflée et luisante. Le membre inférieur gauche était aussi tuméfié, et présentait les signes d'une *phlegmatia alba dolens*. Deux jours après, on s'aperçut que la chambre antérieure de l'œil se remplissait de lymphe plastique; et en même temps, la vue était affaiblie du côté gauche, et l'iris prenait une teinte grisâtre. La mort survint quelques jours après. A l'autopsie, on ne trouva nulle trace de péritonite; la veine iliaque interne, dans tout son trajet, était tapissée d'une fausse membrane mince, qui adhérait intimement à la surface interne; et dans le voisinage de l'utérus, elle était entièrement remplie de pus. Toutes les veines du côté gauche du bassin étaient également enflammées et remplies de pus; les parois de la veine iliaque primitive gauche étaient épaissies, et sa cavité remplie par une matière molle, pultacée, adhérente en certains points. La veine cave inférieure, qui n'était pas enflammée, était remplie par un caillot de sang dans une étendue de 3 pouces, à partir de son extrémité inférieure. Les veines iliaque primitive du côté gauche, fémorales, saphènes, étaient remplies par des caillots sanguins; mais leurs parois ne présentaient pas les altérations ordinaires de la phlébite. Tout le tissu cellulaire du membre inférieur gauche était infiltré de sérosité. (*London med.-chir. transactions*, t. XXVIII; 1845.)

Il y a dans les deux observations, si intéressantes, qui précèdent, une lacune vraiment regrettable : c'est l'absence d'un examen détaillé du globe oculaire. Sans doute nous ne pensons pas que l'on puisse rattacher à une phlébite pure et simple de la veine ophthalmique tous les accidents qui se sont montrés du côté de l'œil ; il n'en est pas moins vrai qu'il était nécessaire de déterminer si cette phlébite existait ou non. Au reste, l'ophthalmie des femmes en couches vient encore fournir une nouvelle preuve des modifications que l'état puerpéral peut imprimer aux inflammations et de la rapidité avec laquelle les inflammations parcourent leurs périodes dans cette dernière circonstance.

Placenta (*Sur le développement du — dans la trompe de Fallope*); par le Dr J.-M. Pagan, professeur d'accouchements à l'université de Glasgow. — C'est aujourd'hui un fait acquis à la science, que l'œuf humain peut s'arrêter dans la trompe de Fallope et y acquérir un développement plus ou moins considérable : ainsi, on connaît des faits dans lesquels l'enfant s'est développé dans la trompe, et dans lesquels cependant l'utérus était distendu par le liquide amniotique, renfermé dans les membranes propres de l'œuf. Dans un cas de ce genre, la tête de l'enfant venait faire saillie dans la cavité de l'utérus, tandis que le reste du corps était contenu dans la trompe; daus un autre, c'était une extrémité inférieure qui se présentait dans la cavité utérine, et on put extraire par l'utérus un enfant vivant; d'un autre côté, on connaît deux faits qui appartiennent à Carus et Hoffmeister, dans lesquels l'enfant se trouvait dans la cavité péritonéale, sans aucune trace de solution de continuité, et le cordon ombilical, attaché au ventre de l'enfant, parcourait la trompe dans toute son étendue, et allait s'insérer sur le placenta, la seule partie de l'œuf qui fût renfermée dans l'utérus. Il est très-probable, dans ce cas, que l'enfant s'était développé d'abord dans la trompe, et qu'il en était sorti à une époque plus avancée de la gestation. Quoi qu'il en soit, l'opération césarienne fut pratiquée dans les deux cas: dans l'un, avant la mort de la malade; dans l'autre, après la mort. Dans le fait qui appartient à Carus, la femme succomba à une hémorrhagie, résultant du décollement du placenta, et l'enfant, qui fut sauvé par l'opération césarienne, était parvenu à son développement complet.

Le développement du placenta, soit en partie soit en totalité, dans la trompe de Fallope, est une circonstance encore bien peu connue de la plupart des accoucheurs; Riecke et d'Outrepont sont

les seuls auteurs qui aient fixé l'attention des médecins sur ce point, qui, suivant eux, a une grande importance, puisque ce développement vicieux du placenta produit l'avortement à une période peu avancée de la grossesse, et la rétention du placenta dans les dernières périodes du travail. Il est bien difficile d'admettre que tous les faits rapportés par ces deux auteurs soient de véritables exemples de cette insertion vicieuse: on peut également conserver des doutes sur son influence sur l'avortement et sur la rétention du placenta; mais ce dont on ne peut douter, c'est du fait lui-même. La connaissance de la structure du placenta et de la trompe de Fallope explique du reste assez facilement la production de cette insertion vicieuse: les vaisseaux du placenta pénètrent dans l'extrémité utérine de la trompe, qui est susceptible de se dilater; le placenta s'y développe exactement comme dans l'utérus; la circulation s'y maintient par les voies ordinaires; et après l'expulsion de l'enfant, la contraction des fibres circulaires au niveau de l'extrémité utérine de la trompe explique facilement l'emprisonnement du placenta; d'autant plus qu'il peut être retenu par des adhérences morbides. D'Outrepont a cherché à établir le diagnostic de cette situation anormale du placenta avant ou pendant le travail: suivant lui, l'inégalité de la surface utérine, qui semble au toucher comme partagée en deux portions, disposition qu'on avait rapportée autrefois à la présence de jumeaux, et plus tard à l'expansion inégale de l'utérus, appartient seulement à cette insertion vicieuse du placenta dans la trompe de Fallope. Cette inégalité de forme de l'utérus persiste au milieu des contractions les plus vives, même après l'expulsion de l'enfant; elle ne disparaît qu'après le décollement du placenta et son expulsion dans la cavité utérine ou vaginale. Mais, quoi qu'en dise cet auteur, il y a bien d'autres causes d'inégalités de formes de l'utérus. Au reste, ce diagnostic n'a véritablement d'importance qu'après la naissance de l'enfant, parce que c'est là une cause de rétention du placenta, et par conséquent d'une hémorrhagie qui peut devenir rapidement mortelle. On pourra cependant soupçonner cette disposition si l'utérus se contracte à peu près également, s'il reprend à peu près sa forme naturelle, et si l'on trouve cependant une tumeur molle, bien circonscrite dans la situation de l'une ou de l'autre trompe de Fallope. Les faits suivants peuvent servir à jeter du jour sur ce qui précède. L'un d'eux est surtout fort important, parce qu'il a été suivi de l'autopsie.

Obs. I. — Il y a environ treize mois, l'auteur fut appelé pour donner des soins à une femme qui était accouchée quarante et une heures auparavant, et après un travail naturel, de son troisième enfant; elle était en proie à une perte de sang qui s'était produite immédiatement après la sortie du fœtus. L'utérus était considérablement dilaté, et présentait cette sensation molle, qui est caractéristique de la présence de caillots sanguins dans la cavité de l'utérus, et de l'inertie des parois de cet organe. Dans la direction de la trompe de Fallope, du côté gauche, il y avait une tumeur molle bien circonscrite, qui naissait immédiatement des parois utérines; elle avait presque la grosseur d'une tête d'enfant à terme, et se reconnaissait facilement à travers les parois amincies de l'abdomen. L'auteur apprit que le placenta avait été déplacé avec difficulté; et il soupçonna aussitôt que ce pouvait être un cas de rétention de placenta dans la trompe. Après avoir vainement tenté de déterminer la contraction de l'utérus et de la tumeur qui lui était surajoutée, il introduisit la main dans l'utérus à travers les caillots sanguins dont sa cavité était remplie, et il arriva sur une portion de placenta qui adhérait assez intimement aux parois de l'utérus, près de l'insertion de la trompe de Fallope, qui était dilatée, et avec laquelle le placenta avait contracté des adhérences morbides. Il détruisit ces adhérences et entraîna le placenta, qui présentait un prolongement considérable, en quelque sorte moulé sur la forme de la trompe. Immédiatement après, l'utérus se contracta, la tumeur latérale disparut complétement, et la guérison ne se fit pas attendre. Du reste, cette femme avait remarqué qu'elle portait, bien avant son accouchement, une tumeur volumineuse dans la direction de la trompe de Fallope, du côté gauche.

Obs. II. — Une dame, qui était accouchée le 3 janvier 1838, et après un travail prolongé, d'un enfant mâle bien portant, fut prise une heure après d'une hémorrhagie utérine considérable, que l'on ne put arrêter par des applications froides. Alors M. Hunter, qui lui donnait des soins, se décida à décoller le placenta; or, il allait y procéder lorsque la malade tomba en syncope. Les parents, effrayés, envoyèrent chercher M. J. Bell, et lorsqu'il arriva, il trouva la malade pâle, épuisée; le placenta était encore dans l'utérus, et l'on se décida à en pratiquer aussitôt l'extraction. On y réussit avec beaucoup de peine, à cause des adhérences intimes qu'il avait contractées avec l'utérus. Cependant cet organe revint sur lui-même et l'hémorrhagie se suspendit; elle reparut dans la nuit, et la malade rendit plusieurs caillots par le vagin. Le 4 et le

5 janvier, cette malade ne se plaignit que d'un peu de faiblesse; mais dans la matinée, elle fut prise d'un violent frisson et de tous les accidents d'une péritonite, à laquelle elle succomba le 10, sept jours après la délivrance. A l'autopsie, on trouva la cavité abdominale renfermant environ deux livres de sérosité mêlée de flocons albumineux; le péritoine pariétal des parties inférieures et celui qui tapisse les intestins considérablement injectés; l'enveloppe péritonéale de l'utérus fortement congestionnée et tapissée de fausses membranes; le tissu cellulaire infiltré d'un liquide jaunâtre et comme purulent; l'utérus renfermant dans sa cavité une once d'un liquide brunâtre d'une odeur fétide; la muqueuse ramollie et noirâtre; près du fond de l'utérus, du côté droit, une matière noirâtre du volume d'une grosse prune, et qui n'était autre qu'une portion du placenta adhérente; en la détachant, on reconnut qu'elle pénétrait dans la trompe de Fallope dans une étendue de 3 pouces un quart, et qu'elle y avait contracté des adhérences intimes; elle avait 3 pouces de circonférence au moment de l'entrée; mais elle allait graduellement en s'effilant à mesure qu'elle approchait de l'extrémité interne de la trompe. (*London and Edinb. monthly journal*, novembre 1845.)

Grossesse extra-utérine (*Gastrotomie suivie de succès dans un cas de*); par le docteur Mac Culloch. — Une dame qui avait déjà eu un enfant vivant vint consulter l'auteur dans sa seconde grossesse; elle était alors parvenue au quinzième mois. Pendant les neuf premiers mois, elle avait souvent éprouvé de vives douleurs dans la fosse iliaque droite; mais à cette époque, les mouvements de l'enfant cessèrent de se faire sentir, et les souffrances devinrent plus supportables; en même temps, la sécrétion lactée s'établit, et elle eut un écoulement purulent qui continua pendant plusieurs jours. Cependant l'abdomen ne diminuait pas de volume; au contraire, on sentait dans tous les points une fluctuation évidente. Le docteur M..., qui la vit pour la première fois au mois de novembre suivant, pratiqua l'opération de la paracentèse, et retira trente-six pintes de sérosité liquide et transparente. Après cette opération, on sentit parfaitement l'enfant à travers la peau, et on put reconnaître la position qu'occupait chacune des parties de son corps. L'hydropisie ne se reproduisit pas; mais la fièvre et la faiblesse continuèrent jusqu'au mois de juin. A cette époque, il commença à s'échapper par l'ombilic de la matière purulente mêlée à des cheveux; la peau était fortement enflammée

à quelques pouces autour de cette ouverture; il se faisait un effort tendant à chasser le corps étranger; mais la malade était si faible et si amaigrie que l'on ne pouvait espérer qu'elle suffît à un travail de ce genre. Dans cette circonstance, l'auteur pratiqua la gastrotomie : il fit sur la ligne blanche une incision de 5 à 6 pouces d'étendue, et retira par cette ouverture un enfant putréfié d'un volume ordinaire. Il n'y eut pas d'hémorrhagie; l'enfant était renfermé dans un sac qui avait contracté des adhérences avec les parois abdominales, et qui paraissait formé par la trompe de Fallope énormément distendue et épaissie. Cette cavité renfermait, outre l'enfant, un liquide d'une odeur très-fétide. Presque tous les os des doigts et des orteils étaient détachés. Cette opération ne fut suivie d'aucun accident sérieux. Un mois après, cette dame pouvait aller en voiture à l'église à six milles de chez elle. (*British american medical journal*, décembre 1845, et *Monthly journ. of med. science.*)

Accouchement (*Présentation simultanée de la tête et d'un pied, dans un cas d'* —); obs. par le docteur R. Doherty. — Nous avons publié, dans un de nos derniers numéros (*Arch. gén. de méd.*, octobre 1845), une observation fort remarquable de déchirure du vagin survenue sans cause connue chez une femme qui était parvenue au terme de sa grossesse. Depuis la mort de cette femme, le Dr Doherty s'est procuré des renseignements sur ses antécédents. Ces renseignements nous ont paru d'autant plus importants à placer ici, que, dans un de ses accouchements, cette malheureuse a offert une de ces présentations du fœtus tellement rares, qu'elles ont été mises en doute par beaucoup de personnes; nous voulons parler de la présentation simultanée de la tête et d'un pied. En effet, sur 18,387 accouchements qui ont eu lieu, dans un espace de six ans et neuf mois, à l'hôpital de la Maternité de Dublin, le Dr J. Clarke n'en a pas rencontré un exemple. Le Dr Collin, qui a assisté à 16,414 accouchements, n'a pas été plus heureux. Il en est de même de Merriman, qui avait accouché 1800 femmes, et du Dr Janson, de Ghent, qui, en quarante-quatre ans, avait vu 13,365 accouchements. D'un autre côté, madame Lachapelle, sur un ensemble de 15,380 naissances, et madame Boivin, sur 20,357, n'en ont signalé que trois exemples; ce qui fait trois présentations de cette espèce pour 75,903 naissances, ou 1 sur 25,301.

Cette femme, qui avait 36 ans lorsqu'elle succomba à l'accident dont nous avons entretenu nos lecteurs, avait déjà eu sept accou-

chements. Au premier, elle eut, au bout de huit heures de travail, une petite fille qui vécut. Au second, elle mit au monde, après un travail qui dura deux jours et une nuit, un garçon mort-né. Le troisième accouchement fut heureux; elle donna naissance à une petite fille qui vint vivante. A son quatrième, elle fut délivrée avec le crochet. Elle accoucha, pour la cinquième fois, à huit mois, d'un enfant mort, du sexe masculin. Elle fut assistée, à son sixième accouchement, par une sage-femme : le travail dura vingt-quatre heures; elle eut à la suite une abondante hémorrhagie. A son septième accouchement, elle reçut les soins du Dr Stevenson. Pendant la durée de la grossesse, elle avait eu une perte; cependant elle arriva à terme. L'enfant se présenta par les pieds; on eut beaucoup de peine à extraire la tête. Elle se rétablit cependant; ce fut à la fin de la huitième grossesse qu'elle succomba. Voici maintenant la relation du quatrième accouchement, pendant la durée duquel elle offrit cette présentation anormale; elle est empruntée textuellement aux registres de l'hôpital de Dublin.

« Elle entra à l'hôpital de la Maternité le 13 décembre 1838, à sept heures du soir. Une heure après, les membranes se rompirent; et lorsque le col fut suffisamment dilaté, on reconnut dans le vagin, du côté droit, la présence du cordon et du pied gauche du fœtus, pendant que la tête s'engageait, à gauche, dans le détroit supérieur. On s'assura, en outre, que le diamètre antéro-postérieur du bassin était notablement diminué par la saillie anormale de l'angle sacro-vertébral. On essaya de tirer sur le pied, tandis qu'on s'efforçait, avec la main gauche, de faire remonter la tête; mais ce fut inutile. Alors le Dr E. Kennedy chercha à saisir la tête avec un long forceps; et comme il s'aperçut qu'il serait forcé d'employer, pour y réussir, des efforts beaucoup trop considérables pour la sûreté de cette femme, il ne tarda pas à y renoncer. Dans l'intervalle, les battements du cordon s'étaient arrêtés, de manière que rien ne s'opposait plus à la perforation du crâne. La tête fut vidée, et on chercha à l'entraîner avec le crochet; il fallut encore y renoncer. Alors on alla chercher les pieds; et la version opérée, la délivrance s'effectua avec rapidité. Une heure après, il y eut une hémorrhagie assez abondante. Le lendemain, la malade fut prise de tous les accidents d'une métro-péritonite grave, puis d'une inflammation avec œdème du membre inférieur droit, qui fut suivie de la formation de deux vastes abcès. Elle se rétablit cependant au bout d'un temps assez long. » (*Dublin journal*, juillet 1845.)

BULLETIN.

TRAVAUX ACADÉMIQUES. — VARIÉTÉS. — NOTICE BIBLIOGRAPHIQUE SUR M. VIREY.

I. *Académie de médecine.*

Un mot sur la commission de la peste et des quarantaines. — Rapports divers. — Communications de MM. Malgaigne et Robert.

Les séances de l'Académie ont présenté bien peu d'intérêt le mois dernier. Il est cependant une circonstance que nous ne pouvons pas ne pas mentionner ici, ne fût-ce que pour l'honneur des principes. On se rappelle que la commission de la peste et des quarantaines, après avoir consacré plusieurs séances à la lecture de son rapport, s'est arrêtée aux *applications pratiques*, par suite de scrupules, un peu tardifs à la vérité, de quelques membres de la commission, et avec promesse de reprendre cette lecture très-incessamment. Jusque-là rien de mieux : la commission devait chercher, dans une question aussi controversée et aussi difficile, à arriver devant l'Académie avec une convergence entière de vues, avec une unanimité complète d'opinions, et elle pouvait bien sacrifier quelques jours au rétablissement de la concorde et de la bonne confraternité; mais ce ne pouvait être là qu'un état temporaire et provisoire, qui ne devait se prolonger sans placer l'Académie, et la commission surtout, dans une position des plus fausses. Cependant les semaines s'écoulaient, et rien ne faisait prévoir à quelle époque la commission voudrait rompre le superbe silence qu'elle opposait à toutes les interrogations et aux avertissements un peu sévères qu'elle recevait de toute part. Qu'arrivait-il dans l'intervalle? Le ministre du commerce et l'administration sanitaire, un moment surpris et étonnés de la position nouvelle que leur faisait le rapport académique, reprenaient courage; et le conseil de santé, convoqué *ad hoc*, adoptait des propositions entièrement opposées à celles de la commission. Que si nos lecteurs veulent savoir ce que c'est que le *conseil supérieur de santé*, nous leur dirons que c'est un conseil composé de 22 membres, dont 18 banquiers, conseillers ou auditeurs au conseil d'État, administrateurs, militaires, etc., tous

on ne peut plus compétents en matière d'hygiène publique, et seulement 4 médecins, tous membres de l'Académie, mais qui ont courbé la tête devant la volonté ministérielle. Voilà donc ce qu'ont produit les incertitudes et les tergiversations de la commission. Mieux eût valu cent fois qu'elle n'eût pas commencé son rapport; la question fût arrivée entière devant les Chambres. Quoi qu'il en soit, nous devons nous féliciter que l'accord se soit établi dans son sein, et si, comme M. Prus l'a promis, les dernières conclusions sont lues dans la prochaine séance, elles arriveront peut-être à temps pour paralyser les mauvaises intentions des partisans de la ridicule institution des lazarets et des quarantaines (1).

Deux candidats à la place vacante dans la section de médecine opératoire, MM. Malgaigne et A. Robert, ont lu chacun un travail : le premier, un *Essai sur l'histoire de la chirurgie et de ses institutions avant Hippocrate*, petite drôlerie, comme dirait M. Jourdain, évidemment destinée à réjouir la docte assemblée et à lui faire passer une heure ou deux sans trop de fatigue; le second, un mémoire *sur les atrésies de l'iris*, où l'on a reconnu toutes les qualités solides qui caractérisent M. Robert. Nous attendrons, pour en parler plus au long, qu'un rapport ait été fait sur ce travail.

M. C. Broussais a lu une notice *sur le climat et les maladies de l'Algérie*, dont nous rendrons compte lorsque l'auteur aura lu la seconde partie de son travail.

L'Académie a encore entendu :

1° Un rapport de M. Bousquet sur un mémoire de M. Charcelay ayant pour titre *du Traitement abortif de la variole au moyen des préparations mercurielles employées sous forme emplastique ;*

2° Un rapport de M. Piorry sur un mémoire relatif aux *palpitations de cœur,* dans lequel l'auteur, M. Th. Guibert, prétend qu'elles sont produites par une phlegmasie de cet organe, et propose, en conséquence, le traitement de Valsalva (*sic*);

3° Un rapport de M. Piorry sur un cas de *blessure de la rate pendant la paracentèse* et un cas de *péritonite hémorrhagique;*

4° Un rapport du même académicien sur un cas d'*iléus intermittent* guéri par la sulfate de quinine, et sur plusieurs mémoires relatifs aux *fièvres intermittentes*, envoyés par M. Cornay (de Rochefort) et M. Durand (de Lunel).

---

(1) Cette lecture a été effectivement faite, depuis que ceci était imprimé, dans la séance du 5 mai.

II. *Académie des sciences.*

Lithotritie. — Fièvres paludéennes.

Les séanees de l'Académie n'ont été remplies par aucune communication médico-chirurgicale d'nn grand intérêt, si l'on en excepte les lectures qui ont été faites par MM. Leroy d'Étiolles et Heurteloup sur un nouveau système de lithotritie, consistant en uue pulvérisation rapide des calculs urinaires et leur extraction immédiate par les voies uaturelles. Dans le procédé de M. Leroy, la pierre est réduite en poudre en quelques minutes au moyen d'instruments qui, par un mouvement d'oscillation latérale, promènent successivement sur tous les points de son diamètre, soit des râpes, soit des lames, qui la grugent avec rapidité. Suivant M. Leroy, ce système de pulvérisation conviendrait surtout aux pierres solitaires volumineuses : quant aux pierres multiples et aux petites pierres, il continue de leur appliquer le système de l'écrasement, en y joignant l'extraction artificielle. Un brise-pierre à cuillers larges et profondes permet d'extraire, à chaque sortie de l'instrument, près de 2 centimètres cubes de débris de pierre, en sorte que, dans les circonstances favorables, un calcul de 35 millimètres de diamètre (15 lignes) peut être broyé et enlevé en une seule séance. — M. Heurteloup n'a encore lu que la première partie de son travail, qui traite particulièrement de l'extraction immédiate des caleuls, à l'aide d'instruments analogues au percuteur courbe à marteau, mais qui ont des branehes excavées en cuillers, au lieu d'avoir des branches armées de dents, et qu'il désigne sous le nom de *percuteurs à cuillers*. Par suite de l'introduction successive des instruments à cuillers, il parvient à extraire immédiatement des pierres d'un volume considérable; car chaque instrument rapporte une quantité de pierre emprisonnée entre les euillers qui sont rapprochées au moyen du marteau.

Pour être justes, nous devons dire que, il y a aujourd'hui plus d'un an, le 19 février 1845, M. A. Arthault a pratiqué publiquement, à l'amphithéâtre de l'hôpital des Cliniques, la pulvérisation rapide et immédiate d'un ealcul à l'aide d'un instrument de son invention, dont il n'a pas encore fait connaître la construction et le mécanisme. Un caleul mûral (dont le volume et la dureté avaient pu être appréciés par tous les assistants), de 31 millim. de diamètre ou 13 lignes et demie, fut introduit dans la vessie

d'un cadavre et réduit, dans l'espace de seize minutes, en une poudre impalpable, à part trois ou quatre fragments dont le plus gros égalait à peine le volume d'un grain de chènevis. C'est donc à M. Arthault que revient l'honneur d'avoir fait sortir la lithotritie de l'ornière dans laquelle elle était placée depuis longtemps. Au reste, tout fait croire que cette méthode opératoire n'a pas encore dit son dernier mot. Voici venir, par exemple, M. Deleau, qui a imaginé de pratiquer la lithotritie dans une vessie artificielle. Et que deviendrait la lithotritie elle-même si le *litholiseur* de M. Douillet réalisait toutes les merveilles que l'auteur en attend?

Nous ajouterons que l'Académie a entendu une nouvelle élucubration de M. Durand (de Lunel) sur l'*Essence des fièvres intermittentes des marais*, faisant suite au mémoire que le même auteur a lu dernièrement à l'Académie de médecine sur la *Théorie de l'intermittence des fièvres*. Nos lecteurs connaissent la première communication; nous pensons qu'ils nous sauront gré de ne pas leur parler de la seconde.

III. *Variétés.*

Nous avons reçu de plusieurs points de la France les comptes rendus des travaux de sociétés de médecine départementales: ainsi, l'*Exposé des travaux de la Société des sciences médicales du département de la Moselle*, 1845; le 1er numéro des *Bulletins de la Société de médecine de Besançon*, 1845; le *Journal de la section de médecine de la Société académique du département de la Loire-Inférieure*, 1845; le *Procès-verbal de la séance publique tenue en* 1845 *par la Société royale de médecine de Marseille et le compte rendu de ses travaux pendant les années* 1844 *et* 1845, etc. etc. Le premier recueil contient quelques observations et un éloge bien écrit de l'illustre Louis, secrétaire de l'Académie de chirurgie, par M. Segond; le deuxième et le troisième, quelques observations assez bonnes; le dernier, rien de bon, ou à peu près rien. Nous le disons avec peine: ces diverses publications ne sont pas, pour la plupart, dignes de ces sociétés et des hommes qui les composent. Les observations sont ou mal recueillies ou mal choisies; les réflexions qui les suivent mal fondées; et, chose plus extraordinaire, la forme est peut-être encore plus négligée que le fond. Certes, il ne nous convient pas de nous poser en *puristes;* mais ne peut-on pas se demander si on lit bien véritablement un ouvrage français quand on trouve, dans une brochure imprimée à Marseille, les passages suivants: «En véritable

« logicien, à peine un abus était-il cité que survenaient les moyens « de le détruire, et sans avoir recours à des utopies, à des paradoxes, « mais bien en praticien qui avait vu, qui avait compris, qui avait « souffert de ces abus » (p. 2); et plus loin, p. 3: «... et, comme le « temps, à peine la dernière heure d'une année s'est-elle écoulée que « sonne l'heure de l'année nouvelle...» Et qu'on ne s'y trompe pas, nous ne sommes pas de ces esprits chagrins qui voient avec inquiétude le mouvement et le travail qui agitent la médecine en province. Partisans de la centralisation, convaincus que, quoi qu'on fasse, il existera toujours de grands centres vers lesquels les hommes d'élite convergeront, et dans lesquels ils viendront chercher la consécration de leurs talents et de leurs découvertes, nous voyons cependant avec plaisir le cri d'indépendance que font entendre quelques esprits généreux; nous applaudissons aux efforts qu'ils font pour organiser des assemblées scientifiques, et nous désirons, sans arrière-pensée, que ces efforts ne demeurent pas stériles. Mais, par cela même que nous voyons dans ces tentatives nouvelles un moyen d'élever le niveau des connaissances médicales en province, nous devons avertir, d'un autre côté, les sociétés médicales qui s'égarent et qui manquent au but de leur institution. Faut-il, en effet, que ces sociétés soient appelées à discuter les grands problèmes de l'organisation médicale, de l'hygiène publique ou de la thérapeutique générale? Nous ne le pensons pas; et que nos honorables confrères des départements ne voient là dedans rien d'injurieux ou d'hostile. Nous assistons souvent aux séances de l'Académie royale de médecine, qui renferme, sans aucun doute, dans son sein les lumières les plus grandes de la médecine et de la chirurgie actuelles: or, nous le disons hautement, les questions y sont traitées d'une manière tout à fait incomplète, et il est bien rare qu'après une longue série de séances la question ait fait un pas. Nous sommes donc persuadés qu'à des discussions de ce genre, les sociétés médicales perdront leur temps, sans aucun profit pour elles-mêmes et pour la science. Et cependant quel beau rôle elles auraient à remplir! La topographie climatérique de la France est encore à faire; chaque année il règne dans un certain nombre de départements des épidémies, dont elles pourraient nous tracer les caractères; elles pourraient nous fournir sur les eaux minérales les renseignements qui nous manquent, et qui nous manqueront peut-être longtemps; joignez à cela une moisson de faits curieux et intéressants qui sont aujourd'hui perdus, et qui, recueillis dans les bulletins de ces sociétés, seraient heureusement sauvés de l'oubli.

Si c'est là un rôle qui paraisse trop modeste à quelques membres de ces sociétés, nous leur dirons que ce rôle a au moins un côté utile, et qu'il vaut mieux travailler utilement dans l'ombre que de se borner à fournir pompeusement des titres de *correspondants* à cette foule de médecins sans aveu qui quêteut avec ardeur ce nouveau genre de hochets pour les faire servir de marchepied à leur fortune. Telles sont les réflexions, un peu sévères peut-être, qui nous ont été suggérées par ces diverses publications. Nous n'avons nullement l'intention de décourager les travailleurs; mais nous avons voulu montrer le but à leurs efforts. Ils ne doivent pas oublier que la médecine est une science qui ne peut se composer que de matériaux nombreux et divers, et que l'ouvrier qui ajoute silencieusement une pierre nouvelle à l'édifice a autant et plus de mérite que celui qui construit un de ces brillants systèmes dont il ne restera rien demain.

IV. *Mort de M. Virey.*

Un des hommes les plus distingués de notre époque, un des auteurs les plus féconds qui aient cultivé les sciences naturelles, physiologiques et morales, a récemment terminé son honorable carrière. M. Virey a succombé, le 8 mars dernier, âgé de 71 ans, à l'atteinte subite d'une congestion cérébrale dont il se sentait menacé depuis quelque temps. Julien-Joseph Virey était né à Hortes (Haute-Marne), le 22 décembre 1775; son père y était notaire royal. Après avoir fait ses humanités à Langres, il fut placé chez un parent, pharmacien de cette ville, pour y commencer ses études en pharmacie. Entraîné sous les drapeaux lors des premières guerres de la Révolution, Virey fut attaché comme pharmacien sous-aide à l'hôpital militaire de Strasbourg, puis bientôt, par la protection de Parmentier, qui avait distingué son zèle et sa capacité, appelé à l'hôpital du Val-de-Grâce à Paris, dont il devint pharmacien en chef. Il fut ensuite nommé professeur d'histoire naturelle et médicale à l'école de médecine militaire établi dans cet hôpital, et plus tard membre du Conseil supérieur de santé. Il s'était fait recevoir docteur en médecine de la Faculté de Paris. Les honneurs ne lui firent pas défaut: membre de l'Académie royale de médecine, officier de la Légion d'honneur, il fut pendant quelque temps un des représentants de la Haute-Marne à la Chambre des députés. Mais sa carrière politique et même sa carrière académique eurent peu de retentissement; tout l'éclat fut pour sa longue carrière littéraire.

C'est donc au milieu de ces diverses fonctions, que M. Virey composa les nombreux ouvrages qui lui acquirent une si grande célébrité, célébrité, il faut l'avouer, qui s'établit plutôt parmi les gens du monde et les littérateurs que parmi les véritables savants, et qu'il dut surtout aux sujets généraux et philosophiques qu'il traita et à son style brillanté. En effet, avec une infinie variété de connaissances, une vive imagination, une grande facilité et même une certaine richesse d'expression, il a peut-être manqué à M. Virey cet esprit scientifique, cette solidité de pensée qui seuls donnent de la consistance aux écrits et leur imprime une valeur réelle. Arrivé à la science à cette époque d'indécision où, malgré la philosophie du XVIII[e] siècle, régnait l'influence de Buffon dans les sciences naturelles, celle de Barthès et de Bordeu, réunis et fondus par le vitalisme de Bichat, dans les sciences physiologiques, M. Virey ne se garda pas assez de son imagination et de ses tendances un peu vagabondes. Il accorda trop aux accessoires, se perdit dans de vaines doctrines métaphysiques, vrai fléau de toute science, et, malgré un talent réel, malgré les aperçus ingénieux et le style brillant qui distinguent ses écrits, ses qualités littéraires manquèrent trop souvent de goût et de mesure pour compenser, s'il est possible, par la forme la ténuité du fond. Aux facultés élevées de l'esprit et de l'imagination, M. Virey joignait les plus nobles qualités du cœur. Tous ceux qui l'ont connu s'accordent à rendre hommage à la bonté et à la facilité de ses mœurs, à sa droiture et à sa générosité, à ses hautes vertus de famille.

Nous croyons utile de reproduire ici le titre des nombreuses publications de M. Virey, dont un certain nombre ont été analysées dans ce journal.

Histoire naturelle du genre humain, ou Recherches sur les fondements physiques et moraux, précédées d'un Discours sur la nature des êtres organiques et sur l'ensemble de leur physiologie. On y a joint une diss. sur le sauvage de l'Aveyron. Paris, an IX (1801), in-8°, 2 vol. fig. — Nouvelle édit., augm. et entièrem. refondue. Ibid., 1824, in-8°, 3 vol. fig.

De l'éducation publique et privée des Français. Ibid., 1802, in-8°.

L'art de perfectionner l'homme, ou de la médecine spirituelle et morale. Paris, 1808; in-8°, 2 vol.

De l'influence des femmes sur le goût dans la littérature et les beaux arts pendant le XVII[e] *et le* XVIII[e] *siècle.* Discours qui a remporté le prix sur cette question, proposée par la Société des sc., lettres et arts de Mâcon, en 1829. Ibid., 1810, in-8°, p. 64. — Réimpr. dans l'ouvr. *De la femme.*

Traité de pharmacie théorique et pratique, etc. Ibid., 1811, 1819, 1823, in-8°, 3 vol. — 4e édit., sous le titre : *Traité complet de pharmacie*. Ibid., 1833, in-8°, 2 vol.

Des médicaments aphrodisiaques en général, et en particulier sur le Dudaim de la Bible. Ibid., 1813, in-8°, pp. 24.

Du régime alimentaire des anciens, et des résultats de la différence de leur nourriture avec celle des modernes. Ibid., 1813, in-8°, pp. 48.

Précis historique sur la vie et la mort de Jos.-L. Lagrange. Ibid., 1813, in-4°, pp. 24 (en collab. avec M. Potel).

De la vie et des ouvrages d'Ant.-Aug. Parmentier. Ibid., 1814, in-8°, pp. 20.

Ephémérides de la vie humaine; diss. inaugurale. Paris, 1814, in-4°. — Plusieurs fois réimprimée.

Nouvelles considérations sur l'histoire et les effets hygiéniques du café et sur le genre Coffea. Ibid., 1816, in-12, pp. 36.

Recherches médico-philosophiques sur la nature et les facultés de l'homme. Ibid., 1818, in-8° (extr. du *Dict. des sc. médicales*).

Examen impartial de la médecine magnétique. Ibid., 1818, in-8° (extr. du *Dict. des sciences méd.*).

Histoire naturelle des médicaments, des aliments et des poisons, tirés des trois règnes de la nature, etc. Ibid., 1820, in-8°.

Histoire des mœurs et de l'instinct des animaux, avec les distributions méthodiques et naturelles de toutes les classes. Ibid., 1821, in-8°, 2 vol. et atlas de fig. d'animaux.

De la puissance vitale considérée dans ses fonctions physiologiques chez l'homme et tous les êtres organisés, avec des recherches sur les forces médicatrices et les moyens de prolonger l'existence. Ibid., 1822, in-8°.

De la femme sous ses rapports physiologique, moral et littéraire. Ibid., 1823, in-18. — Autre édit., augm. et complétée par une diss. sur un sujet important (sur les mœurs des différentes époques de l'histoire). Ibid., 1824, in-8°.

Hygiène philosophique, ou la santé dans le régime physique, moral et politique de la civilisation moderne. Ibid., 1828, in-8°, 2 part. ou 2 vol.

Petit manuel d'hygiène prophylactique contre les épidémies, ou de leurs meilleurs préparatifs. Ibid., 1832, in-18.

Philosophie de l'histoire naturelle, ou phénomènes de l'organisation animale et végétale. Ibid., 1835, in-8°.

De la physiologie considérée dans ses rapports avec la philosophie. Ibid., 1845, in-8°.

En outre, M. Virey a coopéré à l'édition des *Œuvres de Buffon*, par Sonnini, principalement pour l'histoire des oiseaux ; au *Nouveau Dictionnaire d'histoire naturelle*, 1re et 2e édit.; au *Dictionnaire des sciences médicales ;* au *Dictionnaire de la conversation*, ouvrages dans lesquels il a traité de sujets généraux et philosophiques; à divers recueils périodiques, principalement au *Journal de pharmacie*, dont il fut un des fondateurs. — Il a composé des notices biographiques sur plusieurs savants distingués, entre autres sur Lacépède, A.-G. Bosc, A.-A. Cadet de Vaux, Sérullas, notices insérées dans le *Journal de pharmacie* et dans divers autres recueils.

BIBLIOGRAPHIE.

Dictionnaire de médecine, ou Répertoire général des sciences médicales; tome XXX et dernier, 1024 p. Paris, 1846 ; chez Labé.

Voici le dernier volume de cette vaste publication, qui n'a coûté pas moins de quatorze ans de travail. Nous pouvons aujourd'hui jeter un coup d'œil rapide sur son ensemble, et lui assigner la place qu'elle doit occuper dans la littérature médicale.

Après le succès prodigieux du grand *Dictionnaire des sciences médicales*, on s'aperçut, d'une part, que cette publication était beaucoup trop volumineuse, surtout en ce qu'elle contenait une multitude de choses inutiles au médecin, et, de l'autre, que les sciences médicales, ayant fait en peu d'années de très-grands progrès, avaient laissé l'ouvrage bien loin en arrière. Un nouveau dictionnaire, moins volumineux et plus au courant de la science, parut nécessaire, ce qui engagea les auteurs du Dictionnaire a en publier la première édition, qui fut accueillie comme une œuvre d'une utilité incontestable. Mais à une époque où, dans beaucoup de points, la médecine subissait de grandes transformations, il devait arriver à cette édition ce qui était arrivé au grand *Dictionnaire des sciences médicales*, c'est-à-dire que l'ouvrage ne pût plus suffire aux besoins des médecins. Une seconde édition, contenant tout ce qui avait été fait dans les dernières années, tant en France qu'à l'étranger, devint dès lors nécessaire, et c'est cette édition qui est terminée aujourd'hui.

Pour se faire une idée des modifications qui se sont opérées dans les esprits depuis que les systèmes et les théories hypothétiques ont fait place à l'observation, jusque-là très-vantée, mais très-peu pratiquée, il suffit de comparer ces deux éditions. Il est peu d'articles de la dernière qui ne soient presque totalement, ou même totalement différents de ceux de la première, et il est facile de se convaincre que toujours la différence consiste en ce qu'on procède, là, par affirmation ou par hypothèse, ici, par l'examen des faits d'où découlent les résultats pratiques.

Le nouveau plan adopté par les auteurs exigeait des développements assez considérables; car il ne s'agissait plus d'émettre tout simplement des opinions plus ou moins étayées par des faits vaguement étudiés, il fallait examiner les divers travaux, les discuter, en tirer ce qu'ils offrent de vraiment utile, et dès lors l'ouvrage a dû prendre des proportions plus grandes. C'est ainsi que cette seconde édition a 30 volumes, dont quelques-uns sont très-volumineux, tandis que la première n'en avait que 21, contenant chacun beaucoup moins de matière.

Nous avons, dans les articles qui ont suivi la publication de chaque volume, apprécié les principaux articles qu'ils contenaient, et fait voir que, jusqu'à la fin, le même esprit a présidé à la rédaction. Aujourd'hui nous nous contenterons, relativement au dernier, le plus volumineux de tous, de dire que nous n'aurions pas à présenter des remarques nouvelles, et que cet ouvrage ne pouvait pas être plus heureusement terminé.

Il n'est point, en effet, de publication de ce genre aussi complète et aussi riche, et on trouverait bien peu d'articles qui, au moment de leur apparition, n'aient fait connaître, aussi bien qu'on pouvait le désirer, l'état de la science, et, ce qui vaut mieux encore, ne l'ait apprécié à sa juste valeur. Ce qui a surtout été regardé avec raison comme une heureuse innovation, c'est d'avoir rassemblé sous un même titre la plupart des maladies des principaux organes, de manière à rapprocher les sujets qui ont les plus grands rapports entre eux, et à permettre une comparaison facile. Un des plus grands inconvénients, en effet, de l'ordre alphabétique, est de séparer les choses les plus voisines dans la pathologie ; par le procédé que nous venons d'indiquer, cet inconvénient a été évité autant qu'il était nécessaire, et, sous ce rapport, le *Dictionnaire de médecine* a un avantage dont se privent volontairement beaucoup d'auteurs de traités généraux de médecine, qui, se laissant dominer par la pathologie générale, là où

l'on ne doit chercher que le diagnostic différentiel, et le traitement comparatif des affections ayant le même siége (c'est-à-dire la pathologie spéciale), ont la malheureuse idée de traiter, ici, les inflammations, là, les hémorrhagies, etc., aux dépens de tout intérêt pratique.

D'après ce que nous venons de dire, il est facile de s'expliquer le succès d'un ouvrage aussi utile à tous les médecins. Cependant, il était impossible qu'à une époque où l'esprit d'investigation multiplie partout les recherches, il ne parût pas, pendant que se poursuivait avec ardeur la publication du Dictionnaire, des travaux importants et nombreux sur les principaux points de la médecine. Les recueils périodiques seuls en dotent chaque année la science d'un nombre considérable. Il en résulte que, si on ne prenait aucune mesure, les articles du Dictionnaire se trouveraient bientôt en arrière du progrès, et que quelques-uns peuvent déjà être regardés comme ayant vieilli dans quelques points. C'est là, nous le répétons, une conséquence naturelle et inévitable de l'ardeur avec laquelle la science est aujourd'hui cultivée. Pour parer à cet inconvénient, les éditeurs ont imaginé de publier, autant qu'il serait jugé nécessaire, des suppléments destinés à tenir l'ouvrage au courant des progrès des sciences médicales. Ainsi, dès la première année, tous les articles qui se trouveront dépassés seront mis au que quelques travaux importants seront publiés, rien ne sera plus niveau, et puis, à mesure facile que de les mettre à contribution, de manière que les nouvelles découvertes viennent se placer naturellement à la suite des faits déjà acquis à la science, et que, loin de nuire à la publication en les faisant paraître surannés, elles lui donnent, à chaque apparition d'un nouveau supplément, une jeunesse nouvelle. V...x.

CELSE, *Traité de la médecine en huit livres*; traduction nouvelle, par M. le Dr CHARLES DES ÉTANGS. Paris, 1846; 1 volume grand in-8° à deux colonnes, de 308 pages. Chez Dubochet.

On ne sait pas assez, pour l'honneur du corps médical, qu'en dehors des régions officielles de l'enseignement ou des Académies, il se rencontre des esprits distingués, des savants modestes, qui, aux connaissances les plus variées et les plus étendues, joignent l'amour profond des sérieuses études. C'est à ce titre qu'un double intérêt s'attache au travail important que vient de publier M. le Dr des Étangs. Sa traduction nouvelle du *Traité de médecine* de

Celse, conçue dans un excellent esprit, doit être considérée comme une œuvre complète que recommandent également la sagacité des commentaires philologiques, la sûreté de la critique médicale et l'heureuse facilité du style. Ce travail si consciencieux de M. des Étangs a de plus le mérite d'être entièrement neuf, et de lui appartenir en propre. Par une singulière fortune et par un concours de circonstances que notre confrère raconte de la manière la plus piquante, Celse, qui occupe une place si élevée dans l'histoire de notre art, non-seulement comme unique représentant de la vraie latinité en médecine, mais aussi comme écrivain dogmatique éminent autant qu'esprit véritablement pratique et créateur, Celse n'a été le sujet, de la part des médecins français, que d'études très-bornées. Une seule traduction, celle de Henri Ninnin, trois fois reproduite sous trois noms différents, est le seul antécédent qu'ait eu à faire oublier M. des Etangs. Aussi avant tout, et en véritable érudit, a-t-il pris le soin de se poser des bases solides, en restituant avec une scrupuleuse exactitude le texte de l'auteur latin, collationné pour la première fois sur les manuscrits et sur les deux éditions si estimables d'Alexandre Targa. L'introduction qui précède la traduction de M. des Étangs est un mémoire d'excellente critique, où il a su établir avec une grande netteté le nom, les titres, le caractère et les principes de Celse, considéré soit comme écrivain fondant et créant en quelque sorte la technologie médicale latine, soit comme savant nourri des doctrines hippocratiques, mais sachant les étendre et les confondre dans un éclectisme éclairé avec les données d'une science plus récente. Nous avons dit déjà quels étaient les mérites de la traduction nouvelle. Une extrême clarté, une version facile, toujours exacte et souvent heureuse, telles sont les qualités que M. des Étangs a empruntées à Celse, et qu'il s'est, pour ainsi dire, appropriées. Ce n'est pas tout; il a joint à chaque livre des traités de la médecine, des notes explicatives, d'utiles commentaires sur les points les plus obscurs du texte ou sur les difficultés plus grandes encore de la science et de la pratique médicale antiques. A cet égard il est peut-être permis de regretter que M. des Étangs se soit trop souvent effacé, et se soit affranchi, par des citations étrangères, des efforts de critique qu'eussent souvent rendus nécessaires l'obscurité des théories scientifiques, l'insuffisance des descriptions nosologiques, et surtout le chaos de la matière médicale et des prescriptions thérapeutiques de l'auteur latin. La sagacité dont M. des Étangs a donné tant de preuves dans le cours de ce grand et difficile travail nous

eût certainement valu d'ingénieux aperçus, des points de vue nouveaux, et dans plus d'un cas de vives lumières.

Cette traduction nouvelle fait partie de la collection des auteurs latins que dirige M. Nisard, et devait par conséquent s'adresser à la fois aux lettrés et aux savants. Ce double but, nous n'hésitons pas à le dire, a été complétement atteint. Nous devons signaler seulement à l'éditeur l'avantage qu'il y aurait à modifier la disposition matérielle du livre, en l'appropriant d'une manière plus spéciale aux convenances du public médical. Nous sommes sûr qu'à cette condition le travail de M. des Étangs, que nul ne sera tenté de refaire après lui, aura nécessairement sa place dans la bibliothèque de tous les médecins éclairés. A. TARDIEU.

Compendium de chirurgie pratique, par MM. A. BÉRARD et DENONVILLIERS; livraisons 5 et 6. Paris, 1845-6; grand in-8°. Chez Labé.

Les auteurs du *Compendium de chirurgie* se sont remis au travail avec ardeur; deux livraisons qu'ils ont données en quelques mois témoignent de leur zèle et garantissent à leurs lecteurs que la terminaison de cette immense entreprise ne sera pas renvoyée à une époque trop reculée. De ces deux livraisons, la première contient la fin de la pathologie *chirurgicale générale*, c'est-à-dire de la partie qui traite des affections propres à tous les tissus et à tous les organes; la seconde contient le commencement de la pathologie *des tissus ou systèmes organiques.*

La pathologie chirurgicale générale devait comprendre, et comprend ici comme dans tous les traités de chirurgie, l'article *Cancer*. Comme doctrine, cet article diffère peu de celui qui a été fait par M. P. Bérard, et qui se trouve dans la seconde édition du *Dictionnaire de médecine*, mais comme thérapeutique il est incontestablement plus riche que ce dernier: depuis les remèdes internes jusqu'à la compression et l'ablation par l'instrument tranchant, tout est indiqué et jugé, et dans cette appréciation des méthodes et des procédés de la thérapeutique du cancer, on voit que les auteurs ont surtout eu en vue de remplir l'engagement qu'ils avaient pris de faire un traité pratique.

Un dernier article de pathologie chirurgicale générale qu'on ne rencontre que dans peu de traités de cette science, est consacré à l'exposition des *déviations organiques*, et principalement des anomalies et des vices de conformation des organes du corps humain. Ce chapitre très-long, trop long peut-être, si l'on a égard à la rareté de

l'intervention de la chirurgie que ces déviations organiques réclament, est un résumé complet du *Traité de tératologie* de M. Isidore Geoffroy-Saint-Hilaire. On y trouve une exposition détaillée des causes des monstruosités, la description complète de celles qui sont du ressort de la chirurgie et les indications qu'elles offrent pour leur traitement. C'est un chapitre tiré du domaine de la physiologie et de l'anatomie pathologie, qui sera lu avec intérêt par les chirurgiens.

La description des maladies des divers tissus ou systèmes organiques contiendra neuf chapitres qui auront pour sujet la description des affections, 1° du tissu cellulaire, 2° des membranes séreuses, 3° de la peau, 4° des artères, 5° des veines, 6° des vaisseaux et des ganglions lymphatiques, 7° des nerfs, 8° des muscles et de leur dépendance, 9° des os et de leur dépendance. Il y a sept de ces chapitres qui sont achevés. Dans chacun d'eux les auteurs ont successivement étudié les blessures, les inflammations et les altérations organiques dont chacun des tissus indiqués pouvait devenir le siége.

Nous avons regretté que MM. A. Bérard et Denonvilliers aient cru devoir s'abstenir de parler des maladies du système muqueux, sous prétexte *que ces maladies présentent des différences si tranchées suivant les points du corps où on les observe, qu'il n'y a lieu de rien en dire de général.* Nous ne pouvons partager cette opinion, nous croyons que la description des déplacements, des inflammations, des hydropisies et surtout des polypes des membranes muqueuses se prêtent à des considérations générales qui facilitent l'étude des cas spéciaux. Ces messieurs n'ont-ils pas réfléchi que les anévrysmes, les fractures et les luxations diffèrent aussi suivant le siége qu'ils occupent, et dans leur étiologie, et dans leur symptomatologie, et dans leur traitement, et que cependant ces affections sont étudiées dans le *Compendium* et dans tous les autres traités de chirurgie, d'abord dans leurs généralités et puis dans leurs spécialités? S'il fallait d'ailleurs montrer par un exemple à nos auteurs que nous ne sommes pas seuls de l'avis que nous émettons ici, et que ce qu'ils n'ont pas voulu faire est faisable et utile, nous les renverrions à la thèse de M. Gerdy sur les polypes, thèse où ce professeur a fait l'histoire générale de ces productions morbides avant de décrire chacune d'elles en particulier. Nous persistons à dire que cette omission, toute volontaire qu'elle soit, est regrettable, et nous espérons qu'elle sera réparée dans une édition qui ne peut manquer de suivre celle-ci.

Du reste, nous n'avons que des éloges à donner à la manière dont

chaque sujet est traité : à part la partie historique, qui est trop souvent négligée, tout ce qui a cours dans la science se trouve exposé dans le *Compendium* avec méthode et clarté. Quelques chapitres neufs, et quelques doctrines nouvelles sur des sujets anciens y seront lus avec plaisir par les chirurgiens : tels sont un chapitre sur les tubercules sous-cutanés douloureux, et un autre sur une nouvelle espèce d'anévrysme artérioso-veineux ; telle est encore une doctrine d'après laquelle le bourbillon des furoncles et de l'anthrax benin ne serait plus que le produit d'une sécrétion pseudo-membraneuse, au lieu d'être une masse de tissu cellulo-adipeux, intra-aréolaire étranglée et gangrenée, comme le voulait Dupuytren. Tous ces points de chirurgie pratique sont parfaitement discutés, et nous ne pouvons mieux faire que de renvoyer nos lecteurs au livre qui les contient, ils trouveront dans son étude plaisir et profit. A. L.

Mémoires de l'Académie royale de médecine, tome XI. Paris, 1845 ; in-4°, pp. CXXVIII-684.

Ce volume, divisé comme les autres en deux parties, la partie historique et la partie des mémoires, contient, dans la première, l'éloge de F.-J. Double, par M. Bousquet ; ceux de Bourdois de la Motte et d'Esquirol, par M. Pariset ; et un discours lu en séance publique par M. Fréd. Dubois, intitulé : *Des progrès récents de la médecine en France comparés à ceux de la chirurgie*. La deuxième partie contient : *Mémoire sur l'uréthroplastie*, par M. Ségalas (avec une planche) ; *Mémoire sur les deux maladies connues sous le nom d'apoplexie méningée*, par le Dr R. Prus ; *Mémoire sur l'œdème de la glotte*, par J.-L.-I. Valleix (mémoire couronné) ; *Mémoire sur l'influence de l'hérédité, sur la production de la surexcitation nerveuse, sur les maladies qui en résultent et des moyens de les guérir*, par M. E. Gintrac ; *De la nature et du développement des produits accidentels*, par le Dr Ch. Baron ; *Du délire aigu observé dans les établissements d'aliénés*, par M. Brierre de Boismont ; *Observations de grossesse extra-utérine interstitielle*, par le Dr Payan ; *Exposé sommaire d'expériences faites sur les animaux dans le but de constater si la sécrétion urinaire est supprimée dans l'empoisonnement aigu et suraigu par l'acide arsénieux*, par M. O. Delafond ; *Mémoire sur les plaies pénétrantes de l'abdomen, compliquées d'issue de l'épiploon*, par M. Hipp. Larrey. — Nous donnerons dans la *Revue générale* l'extrait de ceux des travaux précédents dont il n'a pas été question encore dans le journal, et qui peuvent intéresser la science.

A practical treatise on the diseases peculiar to women, ou *Traité pratique des maladies des femmes*; par le Dr S. Ashwell, médecin de l'hôpital de Guy et professeur d'accouchements dans le même hôpital. Londres, 1845; un volume in-8° de 737 pages.

Quand on réfléchit à la fréquence et à la gravité des affections qui peuvent atteindre l'utérus et ses annexes, on est toujours étonné du peu de connaissances précises que la science possède sur ce point, et du petit nombre d'ouvrages que le médecin peut consulter avec fruit: c'est que la pathologie des affections utérines ne date vraiment que de ces dernières années, et pour ainsi dire de l'époque de la découverte du speculum, qui a été en quelque sorte le signal d'une véritable révolution. Par malheur, l'usage de l'exploration directe a trouvé de violentes résistances dans les scrupules exagérés et la pudeur mal entendue d'un grand nombre de femmes, et par-dessus tout dans la complaisance coupable d'un certain nombre de médecins. Mais aujourd'hui que ces résistances se sont effacées en grande partie, aujourd'hui que les praticiens sont appelés chaque jour à procéder à l'examen des organes génitaux internes, on est en droit d'espérer que, d'ici à quelques années, le voile qui couvre encore ces maladies se déchirera, et que l'on pourra peut-être se reconnaître dans ce vaste champ d'assertions contradictoires et de faits incohérents.

L'ouvrage de M. Ashwell, que nous avons à examiner, emprunte un nouvel intérêt à la position particulière de l'auteur, attaché depuis longues années comme médecin et comme professeur à un des grands hôpitaux de Londres, et de plus un des accoucheurs les plus occupés de cette grande ville. Cet ouvrage, l'auteur nous le dit lui-même, est le fruit de vingt ans d'expérience et de méditations. Aussi s'est-il proposé de faire un livre véritablement pratique, dégagé de ces détails anatomiques et physiologiques qui embarrassent la marche d'un livre plutôt qu'ils ne l'accélèrent, et surtout de ces brillantes théories qui peuvent servir à illustrer le nom d'un auteur, mais qui ne jettent aucun jour sur la pathologie et sur la thérapeutique. Ce qu'il y a vraiment de remarquable et d'original dans le livre de M. Ashwell, c'est qu'il a cherché, autant que possible, à rester lui-même; c'est qu'il n'a presque rien emprunté aux ouvrages des autres, non par un sentiment d'orgueil et de dédain, comme on pourrait le croire, mais parce qu'il a pensé qu'un ouvrage, pour être véritablement pratique et utile, devait n'avoir d'autre base que les connaissances dont l'auteur eût déjà reconnu l'authenticité et la valeur. Bien que nous ne partagions pas sur ce point l'opinion de M. Ashwell, il y a dans cette conduite un parfum de loyauté et de franchise qui prévient tout d'abord en faveur de l'auteur, et la lecture de l'ouvrage vient confirmer la première opinion qu'on en avait conçue.

Nous voici arrivés à parler de l'ordre dans lequel l'auteur a disposé ses matériaux, en d'autres termes de la classification qu'il a établie. Disons-le tout de suite: c'est la partie la plus faible de l'ouvrage. En effet, non-seulement on y trouve les maladies du système utérin divisées seulement en deux classes, les maladies

fonctionnelles et les maladies organiques; mais encore l'auteur range dans la première classe des maladies comme la *chlorose*, qu'il reconnaît tout d'abord pour une maladie générale, et l'*hystérie*, dont personne ne songe plus à placer le siége dans le système utérin; enfin il classe dans les maladies organiques les déplacements de l'utérus, les hernies, etc., tandis qu'il lui était si facile de faire disparaître cette anomalie en créant une troisième classe pour les lésions mécaniques. Du reste, par une idée assez heureuse, il a fait précéder l'étude de ces deux classes principales de maladies d'une espèce d'introduction ou d'aperçu général sur ces maladies, dans lequel il a placé tous les renseignements suffisants pour pratiquer en connaissance de cause les divers modes d'exploration de l'utérus, et cherché, autant que possible, à s'élever à des idées générales. Parmi les choses nouvelles que l'auteur a signalées, nous avons remarqué les succès qu'il a obtenus dans diverses affections, et surtout dans les engorgements hystéralgiques, des scarifications pratiquées avec un kératotome sur le col de l'utérus, de manière à obtenir 3 ou 4 onces de sang. C'est, en effet, un moyen sans danger, qui n'occasionne aucune douleur aux malades, et qui peut remplacer avec avantage les sangsues, principalement dans les familles pauvres.

Cinq chapitres de la première partie, c'est-à-dire de celle dans laquelle il est traité des maladies fonctionnelles, sont consacrés à l'étude des troubles divers de la menstruation, de l'aménorrhée et de ses conséquences fréquentes (les déviations hémorrhagiques), de la dysménorrhée, de la métrorrhagie et des accidents qui accompagnent l'âge critique. Avec la plupart des auteurs, l'auteur admet deux formes principales d'*aménorrhée*: l'aménorrhée *par rétention*, quelle qu'en soit la cause (vices de conformation ou lésion de structure des organes génitaux, développement lent et incomplet de l'individu, etc.), et l'aménorrhée *par suppression*, confondant ainsi dans une description commune deux états bien divers. Qui ne voit, en effet, quelle énorme différence il y a entre une femme qui n'est pas menstruée, parce que les ovaires sont restés stationnaires ou atrophiés, et la femme chez laquelle les règles se suppriment sous l'influence de l'application du froid? Cette question de l'aménorrhée (encore fort obscure aujourd'hui, quoi qu'on en dise, et malgré la nouvelle théorie de la *ponte périodique*) a amené le docteur Ashwell à s'occuper des emménagogues, sujet non moins obscur et non moins embrouillé. Bien qu'on trouve dans cette portion du deuxième chapitre des détails fort intéressants sur les diverses espèces d'emménagogues, les *locaux* ou *immédiats*, ceux qui agissent directement sur l'utérus ou sur les organes voisins, et les *constitutionnels*, qui exercent leur action par l'intermédiaire du système circulatoire, il est clair que l'auteur n'a pas voulu aborder la question de principe, et qu'il croit encore à l'utilité de ces prétendus agents. Ce n'était pas un praticien comme M. Ashwell qui pouvait songer à rayer du cadre nosologique la *dysménorrhée*; loin de là, il lui a accordé tout un chapitre, dont la lecture nous a paru pleine d'intérêt. Suivant lui, on aurait tort de rattacher à la dysménorrhée tous les cas de menstruation douloureuse: si, par

exemple, des douleurs dans la tête ou dans les régions hypogastrique et lombaire diminuent et disparaissent à mesure que l'écoulement a lieu, ce n'est pas là ce qu'on peut appeler la dysménorrhée; il faut plus, il faut la reproduction des accidents à plusieurs époques menstruelles et une détermination évidente des accidents vers le système utérin. Il admet trois formes de dysménorrhée : la forme *névralgique*, la forme *pléthorique* et la forme *congestive*, distinction importante (quoiqu'on pût réduire ces trois formes à deux principales, la *névralgique* et la *congestive*) et destinée à concilier les opinions si contradictoires des auteurs sur la véritable nature de la dysménorrhée. C'est avec grande raison, nous le croyons du moins, que l'auteur a rattaché à la dysménorrhée les fausses membranes que les femmes rendent souvent aux époques menstruelles au milieu de caillots de sang, et que Montgomery a si bien décrites dans ces derniers temps. La *ménorrhagie*, qui fait l'objet du sixième chapitre, y a été étudiée avec beaucoup de soin. On regrette cependant d'y trouver admises deux formes principales de métrorrhagie, suivant que le sang est fourni ou non par les artères utérines, comme si le sang des hémorrhagies utérines pouvait jamais reconnaître une autre source; on regrette encore que l'auteur ait parlé des injections irritantes, d'essence de térébenthine, par exemple, dans la cavité utérine, comme moyen d'arrêter l'écoulement sanguin dans le cas d'hémorrhagie grave. Peu d'affections sont aussi mal connues que l'*hystéralgie*, et l'article que l'auteur a consacré à cette maladie vient éclairer plusieurs points encore mal déterminés de son histoire. Ainsi, il établit qu'elle sévit ordinairement chez les femmes jeunes et mariées, très-rarement au delà de 28 ans; que les douleurs, dont le siége principal est à la partie inférieure de l'abdomen et au pourtour du bassin, ne cessent jamais entièrement, quoiqu'elles s'exaspèrent généralement sous l'influence de tous les excitants et des émotions morales; que la palpation du ventre, et surtout le toucher vaginal, déterminent souvent des douleurs atroces; enfin, bien loin de croire, avec Gooch et la plupart des pathologistes français, que cette affection occupe, dans le cadre nosologique, par rapport à l'inflammation de l'utérus, la même position que la *tumeur irritable* de la mamelle ou l'*irritable testis*, relativement aux phlegmasies de ces divers organes, il pense que c'est une inflammation modifiée du col de l'utérus, de forme subaiguë ou chronique; mais alors pourquoi placer l'hystéralgie dans les maladies fonctionnelles?

Dans un des premiers chapitres de la seconde partie, l'auteur a traité des *tumeurs* des parois utérines (externes ou internes) qui sont caractérisées par l'induration, c'est-à-dire des tumeurs fibreuses, stéatomateuses, etc., de l'utérus. Cette question l'a amené naturellement à s'occuper de la conduite à tenir dans le cas de coïncidence de la grossesse avec ces diverses tumeurs. Il a d'abord cherché à établir que la terminaison par la mort, si fréquente dans les accouchements de cette espèce, ne saurait être rapportée, ou du moins fort rarement, à l'utérus, qui n'éprouve pas le plus ordinairement d'altérations sérieuses; mais, au contraire, qu'elle est déterminée par l'inflammation, le ramollissement et la suppuration

du tissu anormal lui-même, et, dans quelques cas, par l'affaissement graduel qui succède au bout de quelques jours aux fatigues de l'accouchement et à la contusion de la tumeur et des parties molles. On voit que l'auteur met en relief l'inflammation des tumeurs, tandis qu'il relègue, en quelque sorte, sur le second plan, la plus certaine et la plus facile à comprendre de ces diverses causes, c'est-à-dire la prolongation du travail. Généralisant la question et embrassant, d'un seul coup d'œil, les tumeurs de l'utérus et des annexes, il arrive à démontrer la nécessité de faire cesser de bonne heure l'exaltation de la vitalité dont l'organe utérin est imprégné, et qui se communique naturellement aux tissus voisins. L'accouchement prématuré artificiel lui paraît, dans tous les cas, la seule planche de salut, le seul moyen, surtout, de prolonger la vie de la mère. C'est principalement lorsque la tumeur ne peut être refoulée au-dessus du détroit supérieur, lorsqu'elle s'oppose au développement abdominal de l'organe, que cette pratique lui paraît avoir des résultats très-favorables. Des faits nombreux et bien choisis viennent à l'appui de cette doctrine, dont nous ne saurions cependant conseiller l'adoption immédiate. Un accouchement prématuré artificiel, pratiqué dans les circonstances ordinaires, chez une femme bien portante, n'est pas du tout une chose grave; mais en est-il ainsi lorsque les femmes portent depuis longtemps des tumeurs de nature douteuse, lorsque leur santé est profondément altérée? Nous n'osons le penser. De plus, il faut le dire, le céphalotribe rend, en pareil cas, des services signalés, et quant au ramollissement de ces diverses tumeurs, il ne nous paraît pas encore tout à fait démontré; reconnaissons cependant que M. Ashwell a fait faire un pas à la question, en nous signalant une nouvelle application d'une méthode à l'adoption de laquelle notre journal croit avoir contribué.

La congestion de l'utérus, la métrite aiguë, la métrite chronique, sont autant d'articles écourtés: il semble que l'auteur n'ait pas compris toute l'importance de l'inflammation de l'utérus, et il est certain qu'il n'a pas connu les travaux importants qui ont été faits en France sur ce point de la pathologie utérine. Pathologie, thérapeutique, tout y est plutôt ébauché que traité à fond. L'article *Cancer de l'utérus* est écrit avec plus de soin, et surtout d'une manière plus philosophique. Ainsi l'auteur se rallie pleinement à l'opinion déjà exprimée par Duparcque et Montgomery, qu'il y a dans cette affection, outre les deux périodes habituellement décrites par les auteurs, une période à laquelle on peut reconnaître la maladie, arrêter ses progrès et détruire ses racines; et il donne avec assez de bonheur un tableau des symptômes qui, suivant lui, représentent cette première période. De plus, les indications thérapeutiques sont posées d'une manière précise et rationnelle; enfin, il a apprécié avec une grande sagesse cette opération qui compte tant de partisans et tant de détracteurs, nous voulons parler de l'amputation du col de l'utérus, et rejeté dans l'histoire de l'art l'opération barbare de l'extirpation de la matrice.

Au point de vue de l'obstétrique, l'*occlusion* et la *rigidité du col*

de l'utérus méritaient une mention spéciale. On sait, en effet, que Baudelocque et la plupart des auteurs français, et en Angleterre Denman et Dewees, ont posé en principe la rareté excessive de l'occlusion du col de l'utérus; d'un autre côté, on connaît l'insuffisance de la plupart des moyens généralement employés contre la rigidité du col. Ashwell, tout à la fois praticien hardi et prudent, commence par établir que la plupart des femmes succombent si l'on ne prend une décision rapide, et il arrive à conseiller l'incision dans tous les cas où les contractions utérines ne sont pas parvenues à vaincre la résistance de l'orifice au bout de quelques heures, ou dans lesquels on ne trouve à cette époque aucune trace de col. Comment comprendre, en effet, la temporisation, lorsque depuis dix ou douze heures les femmes sont en travail? Et si alors l'orifice n'a pas été ramené dans l'axe du bassin, ne faut-il pas en conclure que cet orifice n'existe pas? Du reste, dans tous les cas où l'opération a été pratiquée avant le développement de l'inflammation ou avant que l'affaiblissement fût considérable, les femmes ont guéri. C'est une véritable chimère que la prolongation des déchirures de l'utérus vers le fond de l'organe, dans le cas d'incision, et dans une observation très-curieuse que l'auteur a rapportée, quoique cette incision eût été déjà pratiquée quatre fois pour la même cause, les déchirures restèrent toujours bornées au col et aux limites d'insertion de la membrane muqueuse sur le col. Qu'on y réfléchisse bien d'ailleurs : M. Ashwell ne propose de recourir à cette opération qu'au bout de dix ou douze heures seulement, et dans le cas de rigidité, après avoir fait une large saignée et administré 1 sixième, 1 quart, 1 demi-grain de tartre stibié toutes les heures.

Les chapitres qui traitent des *polypes utérins* et des *ulcérations de l'utérus* laissent beaucoup à désirer; l'article *Hydrométrie* est, au contraire, plein d'intérêt. On y trouve, par exemple, le fait singulier d'une demoiselle âgée de 28 ans, qui jouissait habituellement d'une bonne santé, mais dont la menstruation avait été irrégulière à diverses reprises, et qui commença par avoir des écoulements aqueux à chaque période cataméniale; bientôt après, ces écoulements se montrèrent dans l'intervalle des règles, et pendant huit ou dix semaines elle eut continuellement un écoulement aqueux, si ce n'est pendant la nuit, et lorsqu'elle était couchée. Cet écoulement était si abondant qu'il trempait neuf ou dix serviettes dans les vingt-quatre heures. Cette malade était décolorée, anémique, et dans l'affaiblissement le plus considérable. Des astringents et des toniques en firent justice au bout d'un certain temps.

Les *déplacements de l'utérus* ont encore fourni à l'auteur l'occasion de montrer les observations intéressantes qu'il avait faites. On regarde généralement les chutes de l'utérus comme une affection propre aux femmes mariées et consécutive à l'accouchement. L'auteur en a vu bon nombre d'exemples chez des jeunes filles qui présentaient tous les signes de la virginité, et même chez de jeunes filles impubères. Un article bien étudié sur les *pessaires* en général mérite encore de fixer l'attention. Il n'était pas difficile de venger des moyens aussi utiles des reproches injustes qu'on leur

avait adressés, et s'il en blâme l'abus, l'auteur en fait ressortir tous les avantages, lorsqu'on les applique à propos.

Nous aurions bien voulu dire quelque chose des chapitres consacrés à l'examen des maladies des ovaires et des organes génitaux externes, mais nous préférons parler d'un sujet véritablement neuf, placé en appendice à la fin du volume, c'est-à-dire *des conséquences morbides de l'allaitement*. La plupart des médecins savent que lorsque les femmes prolongent l'allaitement au delà de certaines limites ou présentent dans leur constitution des conditions particulières, elles sont exposées à ressentir des tiraillements douloureux dans les seins et des douleurs vagues dans la poitrine et dans le dos; mais ce qu'ils ne savent pas, et ce que le Dr Ashwell a voulu leur apprendre, c'est que les accidents peuvent revêtir une forme plus grave et suivre une marche bizarre et insidieuse. Suivant lui, l'épuisement, avec des phénomènes réactionnels et parfois de l'affaissement, forme le trait principal de ces accidents. Comme dans la chlorose, on observe une décoloration générale de la peau, une irritabilité extrême du système nerveux, et quelquefois même des congestions locales. Ces accidents se montrent ordinairement après huit ou neuf mois d'allaitement; mais on peut les observer aussi au bout de quelques semaines, chez des femmes d'une constitution faible, délicates, irritables, d'un tempéraments lymphatique, dont les facultés intellectuelles ont été longtemps cultivées au détriment des forces physiques; qui vivent dans des lieux bas et mal aérés; qui, avant leur mariage, ont été atteintes de chlorose; et qui depuis ont été affaiblies par des écoulements sanguins et leucorrhéiques, ou par toute autre sécrétion anormale. Des complications graves s'ajoutent souvent aux premiers accidents: ainsi, des troubles fonctionnels de l'utérus, une amaurose fonctionnelle accompagnée de congestion de la conjonctive, des troubles nerveux (hystérie épileptiforme), des troubles divers de l'intelligence; enfin, des lésions organiques peuvent en être à la longue le résultat, surtout la phthisie pulmonaire qui succède souvent à ces accidents. On comprend facilement toute l'importance de cet état morbide. Trop souvent ses conséquences désastreuses sont méconnues et mal comprises : on gorge les femmes de toniques et de ferrugineux, tandis que la première chose à faire est d'éloigner les moments de l'allaitement en augmentant la nourriture de l'enfant d'un autre côté, et, dans les cas un peu graves, le sevrage immédiat de l'enfant.

Nous aurions pu encore entretenir nos lecteurs des observations nombreuses et le plus souvent intéressantes qui sont ajoutées à la fin de chaque chapitre, des formules de préparations médicamenteuses, qui font l'objet de chapitres à part; tout cela nous importait bien moins que la pathologie et la thérapeutique proprement dite, et nous renvoyons à l'ouvrage de M. Ashwell ceux qui voudraient en prendre connaissance. Quant à nous, nous pouvons dire que nous avons lu ce livre avec le plus grand plaisir. La simplicité du style, la clarté des détails, l'originalité du fond, nous ont amplement dédommagés de quelques longueurs et de l'incomplet de quelques descriptions. Nous ne pensons pas cependant que cet ouvrage soit appelé à combler la lacune que nous signalions au

commencement de cet article ; car il ne pourra jamais y avoir un bon livre en ce genre, s'il ne présente un résumé fidèle des opinions du passé et du présent, s'il ne soumet à un scrutin sévère les doctrines de tous les auteurs et de tous les temps, s'il ne fait enfin profiter les lecteurs de toutes les connaissances acquises auxquelles il vient ajouter les siennes. A.

Annonces bibliographiques.

Traité élémentaire et pratique de pathologie interne, par A. GRISOLLE, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, agrégé de la Faculté de médecine, etc. Deuxième édition revue et augmentée ; Paris, 1846. 2 vol. in-8°, pp. VIII-851 et 854 ; prix, 16 francs. Chez Victor Masson.

Traité sur la vaccine, ou Recherches historiques et critiques sur les résultats obtenus par les *vaccinations et revaccinations*, depuis le commencement de leur emploi universel jusqu'à nos jours, ainsi que sur les moyens proposés pour en faire un préservatif aussi puissant que possible contre la variole ; ouvrage couronné par l'Académie royale des sciences en 1845 ; par Ch. Ch. STEINBRENNER, docteur en médecine à Wasselonne (Bas-Rhin). Paris, 1846 ; in-8°, pp. VIII-844 ; prix, 8 francs. Chez Labé.

Recherches et considérations sur la constitution et les fonctions du col de l'utérus, dans le but d'éclairer l'étiologie des insertions placentaires sur cette région, et de conduire à un choix de moyens propres à combattre les hémorrhagies qui en sont les conséquences ; par C. NÉGRIER, directeur de l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Angers. Paris et Angers, 1846 ; in-8°, pp. 172 ; prix, 3 francs.

Des Bains de mer. *Guide médical et hygiénique du baigneur.* Ouvrage divisé en quatre parties : — 1re partie. *Études :* Considérations sur les bains en général, sur la mer, et sur les bains de mer en particulier. — 2e partie. *Applications :* Préceptes spéciaux relatifs aux bains de mer et à la manière de les prendre. — 3e partie. *Hygiène :* Hygiène spéciale du baigneur ; distractions et amusements aux bains. — 4e partie. *Variétés :* accidents des bains de mer ; collection et préparations des hydrophytes ; chasse et préparation taxidermique des oiseaux de mer ; de la submersion ; premiers secours à donner aux personnes asphyxiées par cette cause ; par M. J. LECOEUR (de Caen), docteur en médecine et docteur en chirurgie de la Faculté de Paris, professeur adjoint à l'École préparatoire de médecine de Caen, chef des travaux anatomiques à la même École. Paris et Caen, 1846 ; t. Ier, in-8°, pp. x-468 ; chez Labé. (L'ouvrage ne sera mis en vente qu'après la publication du tome II.)

Précis de médecine opératoire, par M. J. LISFRANC, chirurgien en chef de l'hôpital de la Pitié, etc. ; 3 forts vol. in-8° de près de 900 pages chacun. 7e livraison ; Paris, 1846 ; in-8°, pp. 177-352 (5 livraisons forment un vol. ; la 8e paraîtra le 1er juillet prochain.) Le prix de chaque livraison, pour les souscripteurs, est de 2 francs, 2 francs 50 centimes par la poste ; chez Béchet jeune.

Monographie de la phlegmatia alba dolens, par le docteur C. DRONSART. Paris, 1846 ; in-8° de 95 pages ; prix, 2 francs, chez J.-B. Baillière. A Londres, chez H. Baillière, bookseller, 219, Regent-Street.

Exposition des principes de l'organicisme, précédée de *Réflexions sur l'incrédulité en matière de médecine ;* par le Dr Léon ROSTAN, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris, etc. Deuxième édition : 1 vol. in-8°, pp. XVI-271 ; prix, 4 francs. Paris, chez Labé.

ARCHIVES GÉNÉRALES

DE MÉDECINE.

Juin 1846.

MÉMOIRES ORIGINAUX.

MÉMOIRE SUR LA LOI DE FORMATION DES ABCÈS LOCAUX PRIMITIFS EXTÉRIEURS A L'OS (1), APRÈS LES FRACTURES PAR CONTRE-COUP DES OS LONGS ET LES LUXATIONS COMPLIQUÉES DE LEURS EXTRÉMITÉS ARTICULAIRES.

Par le Dr S. LAUGIER, *chirurgien de l'hôpital Beaujon, etc.*

Il y a un rapport évident entre les fractures des os longs par contre-coup et les luxations de leurs extrémités articulaires; c'est le déplacement soudain, plus ou moins considérable, que subit, *dans la luxation*, l'extrémité articulaire, et *dans la fracture*, le fragment supérieur particulièrement; quelquefois, cependant, le fragment inférieur, ou les deux fragments à la fois (2). Dans l'un et l'autre cas, une portion d'os long,

(1) J'ai voulu par ce titre exclure de la question les abcès sous-périostaux qui suivent l'inflammation suppurative du canal médullaire. Ceux-là sont toujours consécutifs, et se rattachent plutôt à l'histoire de la phlébite.

(2) Un déplacement analogue des fragments et les mêmes conséquences peuvent avoir lieu après une fracture *directe* ou une fracture simple des membres, si le blessé a voulu se relever seul et marcher, ou s'il est tombé sur le membre blessé.

constituant un levier d'une longueur variable, sous l'influence d'une force variable aussi, mais qui a surmonté les liens articulaires ou la résistance de l'os, et souvent n'est pas épuisée après la luxation ou la fracture, s'écarte de sa position normale, et parcourt dans sa direction vicieuse un trajet plus ou moins long.

Ce déplacement, essentiellement différent, par sa cause, du déplacement consécutif qu'opèrent la contraction et le raccourcissement des muscles, ne peut avoir lieu sans de grands désordres des parties environnantes. On a particulièrement fait attention, jusqu'à présent, à ceux qui sont produits par la pression de la tête articulaire et l'extrémité des fragments. On a signalé et apprécié la déchirure de la capsule articulaire, des muscles, des téguments, des vaisseaux situés sur le passage de l'os déplacé, leur piqûre, leur déchirure par les pointes des fragments; mais on n'a fait, par contre, qu'une attention très-faible, pour ne pas dire nulle, à la violence subie par les parties molles en contact avec l'os, et situées du côté opposé à celui vers lequel le porte son déplacement; et cependant je n'hésite pas à affirmer que, dans la production des accidents primitifs ou consécutifs, et souvent mortels, de ces lésions traumatiques, ces désordres, presque inaperçus d'abord, jouent le premier rôle. Il est facile de le prouver en signalant le siége constant des abcès profonds primitifs qui se développent après les luxations et les fractures compliquées.

C'est là sans doute, avant tout, un fait d'expérience dont chaque observation peut et doit démontrer la réalité. Il ne serait pas besoin de considérations *a priori* pour en établir l'existence et la valeur; mais on verra aussi, si l'on y fait attention, que rien n'est moins surprenant que cette constance dans le siége des abcès, et que, s'ils sont plus fréquents au lieu indiqué, c'est que, là aussi, les déchirures du tissu cellulaire sont plus étendues, et que leur situation profonde et

éloignée de l'ouverture accidentelle rend plus faciles l'accumulation et le séjour du pus.

Que l'on examine, en effet, comparativement l'étendue du décollement des parties molles à la surface de l'os dans le sens du déplacement et dans le sens opposé, et l'on verra que c'est toujours en ce dernier sens que le décollement est le plus considérable, surtout dans les déplacements par contre-coup. Prenons un exemple pour mieux préciser la pensée. On sait que les fractures par contre-coup de la jambe ont lieu ordinairement à l'union du tiers inférieur avec le tiers moyen du tibia, et que leur obliquité est de dehors en dedans et de haut en bas. Admettons que, dans une fracture de cette espèce, le fragment supérieur du tibia ait traversé les téguments et fasse en dedans une saillie d'un pouce à l'extérieur. Si, avant la réduction de la fracture, on recherche de quel côté de l'os le désordre des parties molles est le plus étendu, on reconnaîtra que c'est au côté externe de l'os. Il est vrai que, du côté interne, les téguments sont perforés, et l'os saillant à l'extérieur; mais au-dessus de cette partie saillante, les parties molles sont restées adhérentes à l'os. Au côté externe de l'os, sa séparation des parties molles voisines, et la déchirure du tissu cellulaire a eu lieu dans un espace d'environ 2 pouces et demi à 3 pouces pour une saillie de 1 pouce du fragment à travers la peau. Cette appréciation approximative pourrait d'ailleurs, on le sent bien, être faite d'une manière presque mathématique, s'il était besoin d'un pareil degré de précision. L'écartement du fragment saillant et des muscles avec lesquels il est en contact dans l'état normal est, pour ainsi dire, mesuré par un espace pyramidal dont le sommet est en haut, la base en bas, représentée par l'épaisseur du fragment inférieur du tibia au siége de la fracture, et dont la hauteur a deux ou trois pouces. Si la réduction n'est pas complète, l'espace persiste, la réunion immédiate est impossible, et le foyer de suppuration est de longue durée. Après une réduction complète, il y aura en

dedans une sorte de cavité dont la paroi profonde sera l'os, la paroi superficielle la peau; mais celle-ci étant déchirée, si la plaie n'est pas réunie, aucun séjour de pus ne sera possible; si la plaie est réunie, et que le pus s'accumule sous la peau, il suintera souvent, en écartant les bords accolés de la solution de continuité, ou bien il sera facile de lui donner issue, et cette indication sera de prime abord évidente. Au côté externe de l'os, au contraire, *si le recollement des parties séparées n'a pas lieu,* comme cela est fréquent dans les fractures compliquées, et non sans exemple dans les fractures d'abord simples, la suppuration a plus de tendance à accroître le décollement. Au lieu de se porter à l'extérieur, lors même que la plaie est restée ouverte, le pus remonte et étend d'abord son foyer en longueur; il se forme le long du tibia, entre les deux os, en avant ou en arrière du ligament interosseux, souvent dans les deux sens à la fois, un abcès étendu, et presque toujours tardivement reconnu. Sans doute, le chirurgien exercé n'attend pas toujours la fin de ce travail pour ouvrir une voie au pus accumulé; mais avant qu'il s'y détermine, c'est-à-dire avant la manifestation extérieure de la collection purulente profonde, celle-ci a déjà pris une extension très-grande, eu égard au décollement primitif. N'eût-il pas été d'ailleurs préférable de prévenir l'inflammation suppurative, ou, si cela eût été possible, de lui ménager d'avance une sortie? Je parle ici d'une manière générale, car ce que je dis pour le tibia est vrai pour tous les os longs, les abcès primitifs ont lieu alors le long de leur face opposée au sens du déplacement: en arrière, si le déplacement est en avant; en avant, si le déplacement est en arrière; en dehors, s'il a lieu en dedans; en dedans, si l'os fait saillie au côté externe du membre.

Chose remarquable, et qui d'abord paraît contraire à ma proposition, on trouve rarement, dans la lecture des observations de luxations et de fractures compliquées, des détails assez précis sur le siége des abcès, pour vérifier l'exactitude de ce que

j'avance. La plupart des observateurs indiquent qu'il y a eu dans le membre un ou plusieurs abcès; mais ils ne disent pas si c'est en dedans ou en dehors du membre, en avant ou en arrière. C'est que, pour être précise, l'observation a besoin d'être dirigée par un aperçu particulier; c'est une vérité que j'ai reconnue dans plusieurs circonstances. L'important, du reste, pour la vérification et le succès de mon idée, c'est que, dans le cas où le siége des abcès a été indiqué, ce siége ne donne pas de démenti à la loi, que je voudrais faire reconnaître, et c'est, en effet, ce que j'ai pu constater.

La même loi existe pour les luxations compliquées des os longs. C'est du côté de l'os opposé au sens dans lequel la tête luxée s'est portée, que se trouve le foyer principal de l'inflammation, le plus souvent suppurative, qui est la conséquence de l'accident. Ici, le délabrement des parties molles voisines est encore plus grand que dans les fractures; ce sont des tendons luxés, rompus; des insertions musculaires déchirées, des muscles tiraillés et rompus en travers. Les effets violents du déplacement de la tête articulaire sont plus marqués, parce que la force étant la même, le bras du levier est plus long, puisque l'os est entier; mais il reste, pour la gravité relative des fractures, l'éclat de l'os, la déchirure de ses vaisseaux propres, la rupture du canal médullaire.

Déjà je l'ai prouvé il y a quelques années pour les luxations de la tête du premier métatarsien, toujours l'abcès a lieu en dehors du premier métatarsien réduit, sur le cou-de-pied, et, pour prévenir cette collection purulente, il convient de faire, le long du côté externe de cet os, une incision parallèle à son bord, et qui pénètre jusqu'à lui. Mais je n'ai point tardé à reconnaître que c'était là une loi générale, aussi bien applicable aux autres luxations des os longs qu'à celle du premier métatarsien, et aussi bien aux fractures qu'aux luxations. La connaissance de *cette loi* m'a permis de conserver plusieurs membres, que j'aurais pu, sans elle, sacrifier par

l'amputation, ou dont la lésion aurait conduit les blessés au tombeau, si je ne me fusse attendu d'avance à voir se développer, dans un siége aussi précis, l'inflammation suppurative. En effet, j'ai pu dès le principe faire, vis-à-vis ce siége déterminé, une contre-ouverture préventive, ou bien diriger autrement, vers ce point, les principaux efforts du traitement, les saignées locales, les applications émollientes, et, pendant le pansement, des *pressions* convenables pour expulser le pus déjà formé à une époque où l'abcès, profond, encore peu étendu, n'a point déformé le membre et donné des signes physiques de sa présence. Sans doute, on n'arrête point par ces moyens la collection purulente aussi sûrement que par les contre-ouvertures, mais on l'empêche de s'accroître en multipliant convenablement les pansements.

Les praticiens trouveront-ils ces idées nouvelles? D'après ce que j'ai dit moi-même plus haut de la publication de mon mémoire sur la luxation du premier métatarsien, il est clair qu'il ne peut y avoir ici de nouveau que la généralisation du principe; son application à toutes les fractures et les luxations compliquées. Quelques personnes ont paru penser que cette opinion sur le siége des accidents, dans les fractures et les luxations, et sur les moyens de les prévenir ou de les combattre, était implicitement comprise dans les motifs du précepte d'une contre-ouverture préventive à la base du lambeau de certaines plaies de tête. Comme le précepte de cette contre-ouverture elle-même dérive de toute incision préventive des abcès, on pourrait, si l'on voulait, faire remonter plus haut l'analogie. Mais ne voit-on pas que la remarque nouvelle n'est pas dans le choix des moyens curatifs, mais bien dans l'indication du siége précis des accidents locaux? Or, s'il y a analogie entre ce siége que je viens d'indiquer d'une manière générale pour les fractures et les luxations compliquées, et celui de l'abcès après la formation d'un lambeau à base inférieure, je puis dire, sans être démenti, qu'elle était jusqu'ici assez éloignée

pour être restée inaperçue. Et en effet, il n'existe aucun auteur qui ait assigné un siége d'élection aux abcès profonds après les luxations ou les fractures compliquées des membres; et peut-être était-il difficile, en effet, d'arriver à la connaissance de ce siége par la comparaison du lambeau à base inférieure avec la portion du membre fracturé ou luxé située au-dessous de la fracture de l'os, ou de l'articulation déchirée par la luxation. Je ne m'arrêterai donc pas à cette analogie prétendue pour y chercher le principe de la loi que je désire faire admettre; je donnerai à l'appui quelques observations tirées de ma pratique à l'hôpital Beaujon, et de celle de divers chirurgiens.

La première, ou plutôt la seule proposition à prouver, est la situation des abcès primitifs du côté de l'os opposé au déplacement; car personne ne pourrait douter que si des abcès profonds, étendus, se développent habituellement de ce côté, il faille les prévenir ou les guérir par les moyens usités? Quant aux abcès consécutifs dans un autre siége, on ne les observe qu'après avoir méconnu ou négligé l'abcès primitif. Le pus, en effet, contourne l'os, ainsi que je l'ai dit, et se porte partout où les aponévroses lui laissent un plus facile passage, comme dans le phlegmon diffus. L'observation de pareils abcès, après un temps plus ou moins long écoulé depuis l'accident, n'infirmerait donc pas la loi de formation signalée, et d'autant moins que ces abcès secondaires communiquent avec le foyer primitif qui les a précédés et leur a donné naissance.

Luxations compliquées des extrémités articulaires des os longs. — Je regarde comme démontré par le mémoire inséré dans le *Bulletin chirurgical* (t. I, p. 379; 1839), que, dans la luxation du gros orteil sur le premier métatarsien, compliquée de plaie et d'issue de la tête du métatarsien à travers la peau, il se développe, après la réduction, un abcès au côté externe de l'os, sur le cou-de-pied, et que cet abcès

est facilement combattu ou même prévenu par une incision profonde jusqu'à l'os parallèle à son bord externe. Dans ce mémoire, je cite quatre observations de réduction de la luxation, sans résection. Dans les trois premières, il y a eu formation de l'abcès et incision ; dans la quatrième, l'incision préventive fut faite aussitôt après la réduction, et aucune suppuration n'eut lieu. En voici l'extrait en quelques mots :

Obs. I. — Le 8 juin 1826, Jeanin, âgé de 28 ans, entre à l'Hôtel-Dieu après s'être luxé, dans une chute de cheval, le gros orteil sur le premier métatarsien ; issue de la tête de celui-ci à travers la peau. Réduction. Il survient sur la face dorsale du pied de la tuméfaction, et le 24 juin un abcès est ouvert le long du bord externe du premier métatarsien. Guérison.

Obs. II. — Le 27 juillet 1827, Jean Potier entre dans le service de M. Sanson avec le même accident. Réduction. Dès le 1er août, fluctuation sur le dos du pied. Le 3, ouverture d'un abcès. Guérison.

Obs. III. — Laurent (Alexis) entre à Beaujon avec la même luxation compliquée. Au bout de quelques jours, un abcès se forme au cou-de-pied, vis-à-vis l'intervalle des premier et deuxième métatarsiens. Il fut ouvert, et pendant quinze jours le blessé fut dans un bon état ; mais un autre abcès se forma plus en dehors sur le cou-de-pied : il répondait à d'autres fractures du métatarse. La phlébite survint, et la mort s'ensuivit.

Obs. IV. — Le 8 juin 1840, Monoury, âgé de 31 ans, après une chute d'un lieu élevé, arrive à Beaujon avec la même luxation. Instruit par les exemples précédents, je fais, aussitôt après la réduction, une incision le long du bord externe du premier métatarsien. Il ne sortit par cette ouverture qu'un peu de sang déjà coagulé. Le résultat dépassa mon espérance : à peine une petite quantité de suppuration s'est-elle formée sur le cou-de-pied ; aucun gonflement au delà du métatarsien. La guérison fut prompte.

Cherchons l'abcès primitif après d'autres luxations compliquées. On trouve dans la traduction des œuvres d'Ast. Cooper une seule observation où le siége des abcès primitifs soit indiqué.

Obs. V.— *Luxation du coude.*—William Dowson, âgé de 13 ans, entre à l'hôpital de Guy, le 5 novembre 1822, pour une luxation compliquée du coude. Les condyles de l'humérus sortaient à travers la peau à la partie *interne* de l'articulation ; la trochlée humérale était complétement à nu. Réduction. Après quelques jours, la suppuration s'établit et sort en quantité médiocre par la plaie, mais des douleurs dans le bras surviennent et se prolongent vers l'épaule. Après cinq ou six jours, un abcès se forme sur le condyle *externe;* il est ouvert, et il sort 2 onces de pus. A dater de ce moment, amélioration constante et guérison complète, avec conservation de mouvements très-étendus de l'articulation. (Traduction d'Ast. Cooper, p. 114.)

Obs. VI. — *Luxation du coude en dedans.* — Petit (Eugène), âgé de 14 ans, apprenti serrurier, tombe, le 24 novembre 1845, d'un premier étage et se luxe le coude gauche en dedans. La surface articulaire de l'humérus sortait en dehors à travers une plaie de 5 centimètres. Il s'était, en outre, fracturé l'extrémité inférieure du radius, ce qui fait supposer qu'il est tombé sur la main, circonstance que le blessé ne se rappelle point. Un médecin appelé pour donner les premiers secours réduit la luxation avec facilité ; et lorsque Petit arrive à l'hôpital Beaujon, le condyle externe de l'humérus fait seul saillie à travers la peau déchirée. Je tentai la conservation du membre, en annonçant que l'inflammation suppurative aurait pour siége le côté interne et inférieur du bras. (Sangsues, irrigation d'eau tiède; plus tard, cataplasmes.) Dès le 29, cinq jours après l'accident, la suppuration s'accumule audessus du condyle interne de l'humérus, et des pressions convenables répétées matin et soir expulsent le pus, qui, pour sortir par la plaie, passe au-devant de l'articulation. L'état général continue à être bon. Le 10 décembre, l'abcès semble tourner vers le côté postérieur et externe de l'humérus ; mais la pression suffit encore pour l'expulser, et on évite ainsi, par la connaissance précise de la position de l'abcès, la nécessité de faire une contre-ouverture. On soutient les forces par une alimentation suffisante (2 portions). Le 18 octobre, le liquide qui sort par la pression exercée sur la partie postérieure du bras est filant et transparent comme la synovie. La pression de la partie supérieure et interne de l'avant-bras fait sortir une petite quantité de suppuration. Bientôt la réunion des parois de ces foyers a lieu ; le membre est placé dans un appareil inamovible fenêtré, et la guérison est

obtenue dans le courant de janvier 1846, avec des mouvements de flexion et d'extension assez étendus.

Obs. VII. — *Luxation du coude en dedans.* — Il y a dix-huit mois environ, un homme de 45 ans était entré à l'hôpital Beaujon, dans mon service, avec une luxation du coude, compliquée de l'issue de la surface articulaire de l'humérus à travers la peau, produite par la morsure d'un cheval furieux qui avait saisi et luxé l'avant-bras. Imbu à cette époque des mêmes principes de traitement, je tentai la conservation du membre. Après la réduction, je fis en arrière de l'humérus une contre-ouverture profonde jusqu'à l'os à travers le triceps, et je soumis le membre à l'irrigation tiède, puis aux cataplasmes. L'état du blessé fut parfait pendant trois semaines; et je croyais l'avoir sauvé, lorsque les morsures profondes de l'avant-bras donnèrent lieu à un abcès consécutif, qui lui-même fut suivi de phlébite et de résorption purulente. Toutefois cet exemple m'a prouvé l'utilité de la contre-ouverture.

Luxation du pied. — Les luxations du pied sont si fréquentes après les fractures du péroné particulièrement, quoiqu'elles puissent avoir lieu sans fracture, et un si grand nombre d'observations de ce genre d'accidents ont été recueillies et publiées, qu'on pourra être étonné de ne pas m'en voir citer davantage pour établir la loi de formation des collections purulentes après les luxations. Mais, comme je l'ai déjà dit, les observateurs n'ont presque jamais donné, à ce sujet, d'indications précises. Dans la *Gazette médicale* du 30 octobre 1841, je trouve une observation de M. Castella, de Fribourg, unique dans la collection de ce journal.

Obs. VIII. — François-Jacques de Sainte-Croix, âgé de 42 ans, éprouve dans une chute une luxation du pied : la malléole interne est arrachée; l'extrémité inférieure du tibia déchire la peau et fait saillie à la partie interne. Le seul abcès qui se forme après la réduction a lieu derrière le tibia.

Fractures compliquées et par contre-coup. — Les exemples d'abcès situés au côté opposé au sens du déplacement sont fréquents au lit des malades, mais rares dans

les recueils. J'en ai plusieurs sous les yeux en ce moment même dans mon service à Beaujon. Toute la collection de la *Gazette médicale*, depuis 1830 jusqu'en 1844 inclusivement, n'en a fourni que deux (1); les voici :

Obs. IX. — *Fracture de jambe par contre-coup*. (Hôtel-Dieu, service de M. Breschet. — Observation recueillie par M. Rendu, interne.— *Gazette médicale*, 20 janv. 1838.) — Le 27 novembre 1837, la nommée Delauney, âgée de 63 ans, se fractura la jambe droite. Issue du fragment supérieur en dedans. Réduction *incomplète*. Traitement par l'irrigation jusqu'au 7 décembre. Le 8, la partie antérieure de la jambe était rouge et tuméfiée : fluctuation manifeste, abcès, incision.

Or, cet abcès, indiqué à la partie antérieure de la jambe, est réellement au côté externe du tibia. Dans le même numéro et le même article de la *Gazette* se trouve l'observation suivante :

Obs. X. — *Fracture du bras*.— Le nommé Roger, âgé de 42 ans, a le bras cassé par le moyeu d'une roue. La fracture a lieu avec plaie à la partie interne et un peu antérieure du bras. Abcès à sa partie postérieure. Irrigation. Guérison.

N'a-t-on pas lieu d'être surpris du petit nombre d'observations où le sens des abcès, après les fractures et les luxations compliquées, soit indiqué? Cependant l'importance de cette notion, soit pour prévenir l'abcès, soit pour le combattre pendant qu'il se forme, ou après sa formation, n'est pas douteuse. En pratique, n'est-ce pas un principe capital que celui qui permet de prévoir, de reconnaître et de combatttre à temps des accidents, souvent mortels par leur durée et les complications qu'ils entraînent?

En résumé : 1° Dans les luxations compliquées des os longs et dans leurs fractures par contre-coup, le désordre des parties molles est aussi grand, et souvent plus considérable, dans le sens opposé au déplacement, que sur le trajet des surfaces

(1) J'ai compulsé sans plus de succès la collection des *Archives de médecine*. Même remarque pour les luxations compliquées.

articulaires déplacées et des fragments de l'os brisé. 2° Les abcès primitifs ont leur siége constant au côté de l'os opposé au sens du déplacement; c'est là qu'il faut les prévoir, et les traiter dès les premiers jours.

Les luxations et les fractures par contre-coup dites *simples* échappent-elles à la loi précédente? J'ai choisi pour sujet de ce mémoire les luxations et fractures compliquées, parce que les désordres étant plus grands, les accidens sont plus manifestes. Mais, est-ce à dire que les fractures simples par contre-coup et les luxations dites *simples* n'offrent rien d'analogue? On sent, *a priori*, qu'il n'en peut être ainsi, puisque ce sont des accidents de même nature, qui ne diffèrent que par le *degré*. Aussi, les abcès consécutifs et plus tardifs, qui suivent quelquefois les fractures simples, ont-ils lieu d'abord au côté opposé au sens du déplacement; seulement le recollement des parties déchirées a lieu sans suppuration beaucoup plus souvent que dans les fractures avec plaie. De même dans les luxations dites *simples*, parce qu'il n'y a, lors de leur production, ni téguments déchirés, ni fractures concomitantes, ni gros vaisseaux ou gros nerfs rompus, il existe souvent en réalité des complications et des ruptures d'abord inaperçues. Il suffit, pour s'en assurer, de relire les autopsies faites dans des cas de luxations simples ou prétendues telles, et coïncidant avec d'autres altérations mortelles comme des fractures du crâne. On est étonné des déchirures que l'examen attentif des environs de l'articulation permet de reconnaître; et, en même temps, on peut vérifier que, souvent, les plus graves ruptures existent du côté opposé au déplacement de la tête articulaire. Ainsi, pour la tête de l'humérus, on constate dans la luxation en bas la rupture fréquente des muscles sus-épineux, sous-épineux, petit rond, etc. etc. (consulter le travail de M. Chassaignac dans sa traduction des *OEuvres d'Astley Cooper*); pour la tête du fémur, et par exemple, dans la luxation en dehors, l'arrachement des mus-

cles pyramidal, carré, jumeaux, obturateur et pectiné, sans parler de la rupture du ligament rond de l'articulation qui appartient à toutes les luxations de la tête fémorale. N'est-ce pas par ces lésions que s'expliquent les récidives fréquentes, les paralysies partielles et quelquefois incurables, après des luxations qu'on croyait simples?

La loi des lésions graves du côté opposé au sens du déplacement est donc une loi générale, dont les applications sont seulement plus importantes dans les fractures et les luxations compliquées.

RECHERCHES PRATIQUES SUR LE TRAITEMENT DE LA SURDITÉ ET EN PARTICULIER SUR LE CATHÉTÉRISME DE LA TROMPE D'EUSTACHE;

Par le Dr **MARC D'ESPINE**, *ancien interne des hôpitaux, médecin de l'institut des sourds-muets et des prisons du canton de Genève, membre du conseil de santé, etc. etc.*

(Fin.)

Causes de la surdité, circonstances individuelles. — Sur les 32 personnes qui ont été soumises au cathétérisme des trompes d'Eustache durant ces six dernières années, 16 étaient du sexe masculin et 16 du sexe féminin : 7 étaient âgées de 10 à 20 ans, 6 de 20 à 30 ans, 5 de 30 à 40 ans, 3 de 40 à 50 ans, 8 de 50 à 60 ans, et 3 de 60 à 70 ans.

Ces personnes appartenaient à tous les rangs de l'échelle sociale : 4 étaient très-pauvres, 13 étaient de la classe ouvrière, et 15 appartenaient aux professions libérales ou occupaient une position élevée dans la société.

La plupart des surdités étaient doubles ; c'était du moins le cas chez 26 individus sur 32. Sur les 6 cas de surdité simple, 3 étaient relatifs à l'oreille droite et 3 à l'oreille gauche.

Quant aux 26 surdités doubles, 7 étaient chez des individus dont l'oreille droite était plus sourde que la gauche, 5 chez des individus plus sourds, au contraire, à gauche qu'à droite. Dans les 14 autres cas, il y avait égale surdité des deux parts, quoique la surdité ne fût pas de la même intensité chez tous. Ainsi, chez les 8 individus les plus sourds, ma montre appliquée sur l'oreille ne s'entendait pas mieux à droite qu'à gauche ; chez un autre, elle ne s'entendait qu'au contact à gauche comme à droite; chez un dixième, elle ne s'entendait qu'à 1 pouce de l'oreille des deux côtés ; chez le onzième, elle ne pouvait pas être écartée à 6 pouces de chaque oreille et être encore entendue; enfin, pour les 3 autres individus, mes notes ne sont pas assez précises pour répondre sur ce point (1).

En général, les sourds que j'ai eu l'occasion de traiter étaient atteints depuis assez longtemps. Sur 32 individus, 7 étaient sourds depuis l'enfance, et on pourrait même joindre à ce groupe un huitième individu atteint de surdité congéniale droite, tandis que l'oreille gauche n'était atteinte que depuis un an. Pour ce qui est des 24 autres individus, 2 étaient sourds depuis au moins 30 ans, 8 depuis au moins 20 ans, 2 depuis 15 ans environ, 6 depuis 6 à 7 ans, 3 depuis 2 ans, 1 depuis 6 semaines.

Mes notes laissent beaucoup à désirer relativement aux circonstances auxquelles peut se rattacher plus ou moins la surdité. L'hérédité était cependant manifeste chez 8 individus

(1) J'ai fait constamment usage de la même montre pour apprécier le degré de sensibilité d'ouïe de mes malades, et on comprend qu'il soit essentiel d'avoir un même étalon pour apprécier non-seulement les variations de l'ouïe à diverses époques du traitement d'un sourd, mais encore le degré relatif de surdité de divers sujets. Cette montre est une montre Lépine moderne, à échappement à cylindre, et dont le tic tac est peu bruyant ; la distance à laquelle une oreille de médiocre finesse l'entend est d'environ 2 pieds.

dont 6 appartenaient à la même famille, frères ou cousins les uns des autres; mais je ne puis assurer que les autres cas fussent entièrement indépendants de cette cause.

Parmi les cas congéniaux, j'en signalerai particulièrement 3 comme s'étant compliqués de scrofules dès la première enfance, et 2 comme s'étant aggravés sous l'influence de la rougeole, survenue des deux parts à l'âge de 5 ans. Dans l'un de ces deux derniers cas, l'aggravation ne fut que temporaire; plus tard, la scarlatine et la variole survinrent, mais furent sans influence sur l'état de l'ouïe.

Parmi les cas qui n'étaient pas congéniaux, 2 paraissaient dépendre d'une infection syphilitique, 2 de scrofules qui avaient causé des abcès des oreilles, 9 de l'influence de l'air ou de l'humidité extérieure, laquelle avait déterminé, dans la plupart des cas, des coryzas très-répétés, et plus rarement des amygdalites. Les autres cas m'ont paru tenir à des affections plus ou moins profondes de l'encéphale; ainsi, ou à une méningite dans l'enfance, ou à la complication d'une amaurose, ou à une perversion générale du système nerveux. Dans un cas, une affection typhoïde a causé la surdité; dans un autre, c'est l'exposition de la tête aux rayons solaires; un autre de mes sourds l'est devenu brusquement, il y a trente ans, par la détonnation imprévue d'une batterie masquée. Chez une autre personne, des polypes muqueux des fosses nasales ont paru après le premier début de la surdité; enfin, pour 4 autres cas, ou il y a manque de renseignements, ou les malades n'ont su indiquer aucune circonstance particulière.

De l'absence de cérumen envisagée comme cause de surdité. — Quelques auteurs ont signalé l'absence ou le changement de couleur du cérumen, dans le conduit auditif externe, comme une cause de la surdité. Je dois avouer que quelques-uns de mes sourds ont cru remarquer que le cérumen avait diminué ou disparu à mesure que leur surdité se caractérisait, mais le fait est loin d'être général; chez plu-

sieurs le cérumen était tel qu'on le rencontre dans des oreilles saines; et je crois, d'autre part, qu'il n'est pas très-rare de rencontrer des individus dont les oreilles sécrètent fort peu de cérumen, et qui, cependant, entendent fort bien. Je ne prétend pas, du reste, résoudre ici la question.

Début et marche de la surdité. — Quant au mode d'apparition de la surdité et à sa marche, je puis dire que, dans le plus grand nombre des cas, le début a eu lieu insensiblement, et la surdité a dès lors progressé lentement. Trois ou quatre de mes 32 malades seulement ont accusé un début brusque ou instantané. Quoique la surdité ait été chez presque tous sujette à des oscillations, selon les temps, la marche générale n'en a pas moins été, chez la plupart d'entre eux, graduellement croissante, jusqu'à l'époque où les malades sont venus réclamer mes soins.

Le nombre des séances de cathétérisme n'a pas été le même pour tous les malades. Une sourde qui s'est obstinée à poursuivre, malgré de longs temps d'insuccès, et qui a été récompensée de sa persévérance par une guérison finale, a subi 70 à 80 fois l'opération, en trois cures à six mois de distance l'une de l'autre. Un autre traitement a été de 50 séances en deux cures, un autre de 36 séances également en deux cures, un autre de 50 séances en une seule cure. La plupart des autres ont fait chacun une cure de 10 à 20 séances; enfin les 5 cures les plus courtes ont été de 8, 5, 3, et même 2 séances. Le total des séances de mes 32 malades a été de 608, ce qui fait en moyenne 19 séances par malade.

Ce qu'il y a de remarquable, c'est que le plus long et le plus court de mes traitements ont eu chacun pour résultat un succès complet. Et ceci m'amène au paragraphe le plus important de ce résumé, à savoir quel a été le résultat thérapeutique de ces 32 traitements.

Je commence par signaler un cas d'insuccès après 3 séances, au delà desquelles le malade, sourd depuis 20 ans, renonça à

la cure, quoiqu'elle ne pût être considérée comme ayant duré assez longtemps pour établir l'impuissance du cathétérisme dans ce cas.

Vient ensuite un cas à la fois d'insuccès et même d'accroissement de la surdité pendant deux cures de quinze séances suivies, avec un intervalle de repos d'un mois. Il faut cependant ajouter que cet accroissement s'est enrayé plus tard de lui-même et qu'une meilleure veine est survenue, sans toutefois que jamais les oreilles soient devenues plus sensibles qu'à l'époque où le malade a commencé le cathétérisme. Il faut dire enfin que la surdité chez ce malade était en veine de croissance rapide depuis un ou deux mois lorsqu'il commença à subir le cathétérisme.

Après ces 2 cas, j'ai à signaler 14 cas d'insuccès complet, n'offrant aucune particularité qui mérite ici d'être signalée, les malades ne s'étant trouvés ni mieux ni plus mal depuis le cathétérisme qu'auparavant. Ces insuccès ont été constatés après des cures suffisamment longues pour permettre de croire qu'il n'y aurait pas eu beaucoup à espérer de leur prolongation.

Dans 4 autres cas, qui pourraient être encore joints aux 16 précédents, il y eut pendant la cure une amélioration momentanée, mais elle ne persista point; de sorte que, peu après la cure, les malades se retrouvèrent dans le même état qu'avant de la commencer. C'est dans un de ces quatre cas qu'après avoir constaté l'inefficacité du cathétérisme pour amener une amélioration permanente, j'ai tenté la perforation ou plutôt la ponction du tympan avec le petit trois-quarts dont j'ai parlé plus haut. Cette ponction parut d'abord avoir produit un grand effet, car pendant les vingt-quatre heures qui la suivirent, la malade, qui comptait parmi les cas les plus prononcés de surdité, entendit si bien que le bruit de la rue lui devint insupportable; mais, deux jours après, la surdité reparut aussi forte que jamais, et la même ponction, pratiquée de nouveau à plusieurs reprises, n'eut plus aucun résultat.

Viennent enfin 8 cas d'amélioration et 4 de succès complet, dont il me reste à parler avec quelque détail.

Sur les 8 cas d'amélioration, je commence par signaler les deux personnes chez lesquelles elle a été le moins prononcée.

Obs. — Il s'agit de deux dames, l'une de 38 ans et l'autre de 28, atteintes l'une et l'autre de double surdité. Avant de commencer le traitement, la première entendait ma montre, à droite, à 18 pouces, et à gauche à 6 pouces; la seconde ne l'entendait pas du tout de l'oreille droite, et seulement au contact, de l'oreille gauche. La première avait commencé à s'apercevoir d'une diminution de l'ouïe cinq ans auparavant : dès lors le mal avait fait des progrès lents, et s'était compliqué d'un bruit de pluie presque constant. La santé générale s'était en même temps dérangée; la malade était devenue nerveuse, très-impressionnable et sujette à de fréquents maux de tête. La seconde était sourde de l'oreille droite dès avant la puberté, et l'était devenue de la gauche depuis quelques années : elle remarquait qu'en se mouchant elle réussissait quelquefois à faire passer de l'air par la trompe gauche dans l'oreille correspondante, et alors elle entendait mieux pendant quelques instants. Une fois même cette oreille s'était comme entièrement débouchée, et l'ouïe avait été meilleure pendant quelques mois; mais un coryza étant survenu, la surdité avait repris son intensité première. Du reste, la santé générale avait été bonne, et deux grossesses survenues dans le cours de ces cinq dernières années n'avaient eu aucune influence sur l'état des oreilles.

Chez ces deux dames, après un traitement de onze séances pour la première, de vingt séances pour la seconde, après avoir fait des insufflations d'air, des injections d'eau combinée avec la potasse, puis avec la teinture de noix vomique; après avoir fait priser à l'une et à l'autre de la poudre d'alun et en avoir insufflé dix à quinze fois derrière le voile du palais de la seconde, je n'ai obtenu que de légères améliorations. J'ai fait gagner à la première 1 ou 2 pouces d'audition de la montre des deux côtés, et la seconde a entendu ma montre à 1 pouce de l'oreille gauche, la seule qui ait été mise en traitement. J'ajouterai que, chez cette dernière, je n'étais pas encore parvenu à désobstruer la trompe gauche, dans laquelle je ne parvenais à faire passer une goutte de liquide qu'à grand effort d'insufflation. Le traitement a été interrompu pour essayer une cure d'eaux minérales qui n'a eu aucun effet sur l'ouïe, et dès lors le cathétérisme n'a pas été encore repris.

Vient ensuite un monsieur de 50 ans, atteint de double surdité depuis plusieurs années et à la suite d'un voyage en bateau à vapeur sur la Méditerranée, où il a éprouvé le mal de mer accompagné de forts vertiges, et une dame de 36 ans, également sourde des deux oreilles depuis plusieurs années à la suite de syphilis consécutive, abcès, et probablement carie dans l'arrière-cavité des fosses nasales.

Obs. — M. N.-N. n'entendait ma montre qu'à 6 pouces, également des deux côtés ; et après quinze séances d'injections d'air, eau, solution de potasse, d'eau de lavande, de noix vomique, il en est venu à entendre ma montre des deux côtés à 10 pouces, c'est-à-dire qu'il a gagné 4 pouces à droite comme à gauche, et cette différence a été suffisante pour que le malade eût le sentiment habituel d'entendre mieux qu'auparavant. Dès lors, deux ans après le traitement, M. N.-N. a été atteint, au milieu de l'hiver, d'une otite double très-intense, accompagnée de douleurs de tête telles, que le tic douloureux seul pourrait leur être comparé sous le rapport de l'intensité. Après plusieurs semaines de souffrances, que de fortes doses d'opium ou de morphine ne calmèrent qu'imparfaitement, et pendant lesquelles la surdité devint beaucoup plus prononcée, la suppuration se fit jour par les deux conduits auditifs externes, la douleur diminua, l'ouïe revint, et depuis la guérison complète la surdité se maintient à peu près au degré où elle était arrivée à la suite du cathétérisme.

La dame a fait deux traitements durant lesquels les mêmes substances ont été mises en usage par les mêmes procédés : le premier traitement a été de trente séances, le second, six mois après, de vingt séances. Après le premier traitement, l'oreille, qui ne percevait ma montre qu'au contact, l'a entendue à 1 pouce ; la droite, qui ne l'entendait pas au delà de 2 pouces, l'a entendue à 7 pouces. Le même bénéfice subsistait lorsque j'ai entrepris le deuxième traitement, qui n'a été suivi d'aucun nouveau progrès.

Le cinquième cas d'amélioration est relatif à une fille de Montreux, âgée de 30 ans, précédemment domestique à Genève, sourde des deux oreilles depuis deux ans, et chez laquelle des polypes muqueux s'étaient développés dans les deux cavités nasales. Il m'a été difficile d'établir si le premier développement des polypes a été antérieur ou un peu postérieur au début de la

surdité ; ce qui seulement est certain, c'est que ce n'est qu'un peu après le début de la surdité que la malade a éprouvé les symptômes qui ont fait reconnaître les polypes. Un chirurgien du canton de Vaud avait arraché les polypes quelques mois avant de m'envoyer cette malade; il avait espéré que l'arrachement des polypes ferait disparaître la surdité; mais elle n'en avait pas moins persisté, ce qui permettait de supposer que quelques vestiges de polypes étaient demeurés près des orifices des trompes. Cette malade entendait ma montre à 1 pouce de chaque côté avant de commencer le traitement, qui a été de dix-huit séances pendant un mois et demi. Outre les insufflations d'air, d'eau, de potasse, de noix vomique, qui d'abord pénétrèrent difficilement, puis, après l'usage de la potasse, passèrent très-facilement, les prises d'alun en poudre furent employées tous les jours, et la malade gagna, en fin de compte, d'entendre ma montre de chaque côté à 3 ou 4 pouces. Elle partit avec le sentiment évident d'une amélioration marquée.

Le sixième cas est relatif à une demoiselle du canton de Vaud, âgée de 18 ans, dont l'enfance et l'adolescence ont été traversées de symptômes nerveux de divers genres et de scrofules très-prononcées ; sa santé générale s'était cependant améliorée depuis un ou deux ans. La famille de cette demoiselle comptait un assez grand nombre de sourds; elle-même était sourde, depuis sa première enfance, des deux oreilles, et plus encore de la droite que de la gauche. A son arrivée à Genève pour réclamer mes soins, cette demoiselle n'entendait ma montre, à droite, qu'au contact, et à gauche qu'à 1 demi-pouce. Après un traitement d'une quarantaine de séances, analogue aux précédents, et pendant lequel je fis prendre des bains froids dans l'Arve pour fortifier la constitution molle et nerveuse de cette malade, ma montre s'entendit à 1 demi-pouce à droite et à 5 pouces à gauche. Dès la vingtième séance, ma montre s'entendait à 1 demi-pouce à droite et à 4 pouces à gauche. Les vingt dernières séances n'ayant presque rien ajouté à l'amélioration produite par les vingt premières, j'ai terminé là le traitement. Les conduits furent assez promptement rendus perméables à l'air et aux liquides.

Le septième cas est relatif à une demoiselle de 19 ans, cousine de la précédente, légèrement dure d'oreille à droite depuis très-longtemps, et devenue sourde à gauche, depuis six mois, à la suite d'un long coryza. Ma montre ne s'entendait à gauche qu'à 6 pou-

ces de l'oreille. Après une douzaine de séances, où les deux trompes ont été cathétérisées et insufflées seulement d'air, d'eau et de teinture de valériane, je l'ai renvoyée avec une ouïe parfaite à droite, et entendant ma montre à 15 pouces à gauche : il y a de cela près de deux ans. Dès lors cette demoiselle s'est mariée, est partie pour l'Amérique, d'où j'ai reçu la nouvelle que la guérison est demeurée confirmée. Il faut se rappeler aussi que ces deux derniers cas sont relatifs à des personnes qui comptent plusieurs sourds dans leur famille.

Enfin, le huitième cas d'amélioration est une jeune fille de 20 ans, fortement atteinte de surdité depuis l'enfance; du moins sa surdité était déjà constatée à l'âge de 6 ans. La prononciation était indistincte et tout à fait semblable à celle qu'on remarque dans les cas prononcés de surdité congéniale. Il y avait, en outre, un état de chlorose assez caractérisé; ma montre ne s'entendait qu'au contact à droite comme à gauche, avant de commencer le traitement. J'ai fait, dans l'espace d'un mois, dix à douze séances d'injections d'eau, d'air et de teinture de noix vomique dans les deux trompes; après ce traitement, ma montre s'entendait à 15 pouces des deux côtés. Je dois ajouter qu'un traitement martial fait pendant le même espace de temps avait à peu près guéri la chlorose et ranimé le teint.

Il me reste à parler des 4 cas de guérison.

Obs. — Une demoiselle juive de 36 ans, sourde des deux oreilles depuis plusieurs années, ayant eu de fréquents coryzas, des maux de tête et un état assez habituel de congestion céphalique, recourut à mes soins il y a environ cinq ans : elle n'entendait pas du tout ma montre à l'oreille gauche, et ne l'entendait qu'au contact de l'oreille droite. Après une cure d'une vingtaine de séances, pendant laquelle je réussis assez bien à nettoyer les deux trompes à l'aide d'injections d'eau, soit pure, soit mêlée d'eau de lavande et de solution de potasse, je n'obtins aucun résultat, pas même un effet sensible d'amélioration. Six mois plus tard, elle revint me prier d'essayer une seconde cure semblable à la première; j'y consentis, et je joignis aux substances précédemment indiquées la solution d'extrait de noix vomique. Au bout de vingt à trente séances, cessation encore sans aucun résultat appréciable. Enfin, six mois plus tard, sur de nouvelles instances, je la soumis à une troisième cure de la même durée que la précédente, à la suite de

laquelle et même pendant laquelle la surdité disparut entièrement des deux côtés. Il y a de cela trois ans ; je me suis dès lors tenu au courant de la santé de cette personne, et me suis assuré de la permanence de sa guérison. Elle entend une conversation simplement articulée et sans aucune phonation, aussi bien que les gens doués des oreilles les plus fines, et cela sans voir la bouche de celui qui parle.

Un maître imprimeur de 30 ans, sourd de tout temps de l'oreille droite au point de ne pas entendre ma montre au contact, était depuis un an en voie de perdre l'oreille gauche, qui était devenue dure au point de ne pas entendre ma montre à 6 pouces. La seule circonstance qu'il a pu m'indiquer comme cause de cette dernière surdité était un coryza prolongé. Il vint chez moi il y a quatre ans ; deux séances d'insufflation d'air dans la trompe gauche suffirent pour rendre à l'oreille gauche toute sa sensibilité. Six mois après, rechute par un coryza survenu à l'entrée de l'hiver : trois séances d'insufflation d'air suffirent pour amener une nouvelle guérison, qui dès lors ne s'est pas démentie.

Le troisième cas est celui d'un jeune homme de 10 ans, fils d'une dame sourde, et cousin des demoiselles citées parmi les cas d'amélioration, et par conséquent appartenant à une famille de sourds. L'oreille droite était seule prise chez lui ; mais elle l'était dès le bas âge, et la rougeole survenue à cinq ans n'avait fait qu'accroître l'infirmité. Quand on me l'amena, il n'entendait une montre qu'au contact de l'oreille droite. J'insufflai d'abord de l'air et de l'eau ; au bout de deux séances, il entendit ma montre à 2 pouces ; à la dixième il l'entendit à 2 pieds. Deux ans s'écoulèrent dès lors sans que l'oreille fût reprise, puis il survint, huit mois après, un coryza. Le jeune homme devint sourd non-seulement de son oreille droite, mais encore de la gauche, qui n'avait jamais été malade. On me le ramena : ma montre ne s'entendait qu'à 1 demi-pouce à gauche et à 1 pouce à droite, de sorte que l'oreille prise pour la première fois était plus dure même que l'autre. Du reste, la surdité était de fraîche date, puisqu'elle ne remontait pas à deux semaines. Dès la première séance d'insufflation, ma montre fut entendue à 6 pouces des deux côtés, et au bout de dix séances la guérison fut complète pour les deux oreilles. Dès lors elle ne s'est pas démentie.

Enfin, le quatrième cas est relatif à une femme de 50 ans, sourde depuis très-longtemps des deux oreilles ; elle faisait remonter à au moins vingt ans le début de sa surdité. Entièrement sourde d'une oreille, elle était très-dure de l'autre. C'est la dernière seule

que j'entrepris de traiter avec des injections d'air et d'eau. En cinq séances elle a recouvré entièrement l'usage de cette oreille, au point de tout entendre très-distinctement, tandis qu'auparavant on ne se faisait entendre d'elle qu'en lui criant dans cette oreille. Six mois après elle eut une rechute pendant un coryza : elle revint chez moi aussi sourde qu'avant son premier traitement; mais trois séances d'insufflation d'air suffirent pour la guérir de nouveau ; et cette fois pour beaucoup plus longtemps, car il y a de cela cinq ans, et la guérison ne s'est pas encore démentie.

Résumé des 32 cas traités. — Il ressort de ce qui précède que, sur 32 personnes atteintes de surdité de degrés et d'anciennetés diverses, mais généralement assez invétérées, 12 ont été ou améliorées ou guéries, et que, sur 59 oreilles traitées, 20 ont été améliorées ou guéries.

Cela fait, pour les individus, 37 pour 100 d'améliorés ou guéris, et pour les oreilles, 34 p. 100.

Si on compare ces résultats à ceux qu'on obtient sur les yeux par l'opération de la cataracte, en prenant l'excellent mémoire du Dr Théodore Maunoir, dans lequel les observations relatives à 115 individus opérés de la cataracte par extraction ont été analysées avec un soin et une méthode qui ne laissent rien à désirer, on trouve que le succès s'est rencontré chez 63 p. 100 des individus, et 54 p. 100 des yeux opérés.

On voit donc, à supposer que l'ancienneté et la gravité des affections des deux ordres se soient offertes des deux parts dans des proportions analogues, que les chances de succès dans la cataracte sont assez notablement plus fortes que dans le traitement de la surdité par le cathétérisme des trompes. On voit, en second lieu, que des deux parts les individus ont plus de chance de guérison ou d'amélioration que les yeux ou les oreilles comptées séparément.

Cette comparaison n'est pas sans importance, car ses éléments ont entre eux plus d'affinité qu'on ne le croirait de prime abord. Si les physiologistes ont fait depuis longtemps ressortir les rapports qui existent entre les divers appareils des sens, et

surtout entre ceux de l'ouïe et de la vue, le pathologiste et le thérapeutiste ne sont pas plus mal placés pour mettre en évidence les analogies qu'offrent les maladies de ces deux sens, ainsi que les méthodes de traitement qui les concernent.

Les ondes sonores, comme les ondulations de la lumière, vont retentir sur une surface ou un corps nerveux qui doit percevoir la sensation. Si ce nerf perd sa sensibilité, se paralyse, la fonction est suspendue, quelque favorables que soient toutes les autres conditions de l'appareil. De là une première nature de surdité comme de cécité : c'est l'amaurose, s'il s'agit de la vue; à défaut de dénomination propre, c'est la surdité nerveuse, s'il s'agit de l'ouïe, espèce de surdité qui n'est pas rare, que je croirais même proportionnellement plus fréquente que l'amaurose.

Toutes les autres espèces de cécité, comme de surdité, viennent de ce que les divers milieux que les ondes sonores ou lumineuses sont appelées à mettre en vibration, ou, pour parler plus vulgairement, à traverser, deviennent impropres à leur usage.

Les trois milieux de l'œil sont l'humeur aqueuse, le cristallin et le corps vitré, comme les trois milieux de l'oreille sont l'oreille externe, l'oreille moyenne ou cavité du tympan, y compris les cellules mastoïdiennes, l'oreille interne ou labyrinthe.

Ces trois milieux sont séparés les uns des autres par des membranes qui, dans l'œil, sont des capsules, parce que les milieux en sont ou liquides ou solides, et dans l'oreille ne sont que des cloisons ou diaphragmes, parce que les milieux y sont de l'air plus ou moins en rapport avec l'air atmosphérique.

L'altération de chacun de ces milieux, comme de chacune des capsules ou cloisons, peut être portée au point de s'opposer à la transmission des ondulations sonores ou lumineuses, et devenir une cause spéciale de cécité et de surdité, et de telle

sorte on arrive facilement non-seulement à distinguer toutes les espèces de cécité et de surdité, mais encore à indiquer pour chaque espèce de cécité son corrélatif naturel dans les espèces de surdité.

Ainsi la cécité par opacité de l'humeur aqueuse correspondrait à la surdité par accumulation de cérumen dans l'oreille externe, et ici la surdité serait plus fréquente et aussi beaucoup plus facilement curable que la cécité. La cécité par opacité du cristallin ou cataracte proprement dite correspondrait à la surdité par accumulation de matières sécrétées dans l'oreille moyenne, ou par emprisonnement trop complet de l'air de l'oreille moyenne résultant de l'occlusion des trompes d'Eustache. Quand on aura établi par la statistique le degré de fréquence de chacune de ces affections, on pourra, en comparant des chiffres proportionnels aux populations, décider si l'on rencontre plus fréquemment des cataractes que des surdités curables par le cathétérisme pur et simple des trompes. Quant au traitement curatif, on a vu plus haut que, s'il est permis de rapprocher mes 32 faits des 115 faits de M. Maunoir, l'opérateur de cataracte a plus de chances heureuses que le cathétériseur des trompes.

La capsule du cristallin qui sépare celui-ci de l'humeur aqueuse peut devenir opaque et cause ce qu'on nomme la *cataracte capsulaire*. Le corrélatif pour l'oreille est l'épaississement ou la tension trop grande du tympan par quelque affection des osselets de l'oreille. Le diagnostic est difficile dans l'une comme dans l'autre de ces affections, et l'opération destinée à guérir chacune d'elles est le plus sûr moyen d'en établir la réalité. Quant à la surdité du moins, si on a affaire à un sourd dont le conduit auditif externe n'est point obturé, dont les trompes sont parfaitement libres, qui sent l'air et l'eau arriver librement dans son oreille moyenne, et que la perforation du tympan parvient seule à guérir, il en résulte que très-probablement le tympan faisait seul obstacle à l'au-

dition. D'autre part, si, après avoir extrait le cristallin chez un homme atteint de cataracte, on trouve une opacité persistante à la place qu'il occupait, on est assuré que la capsule même était opaque.

Enfin, le glaucôme, ou opacité du corps vitré lui-même ou de la membrane hyaloïde qui l'enveloppe, maladie beaucoup plus rare que la précédente, mais malheureusement entièrement incurable, correspondrait aux maladies de l'oreille interne ou labyrinthe, ou à l'épaississement de la membrane qui ferme la fenêtre ronde que Scarpa et Ribes ont nommé *tympanum secundarium*. Si le glaucôme est déjà très-difficile à diagnostiquer, il faut dire que la surdité qui lui correspond, et dont la possibilité est bien reconnue par les auteurs, est tout à fait impossible à distinguer de la surdité nerveuse proprement dite. L'oreille interne, aussi bien que son tympan, c'est-à-dire la membrane de la fenêtre ronde, est aussi impossible à atteindre par les instruments que ne le sont le corps vitré et la membrane hyaloïde.

Quant à l'amaurose et à la surdité nerveuse par lesquelles j'ai commencé cette série de comparaisons et sur lesquelles je reviens encore avant de la clore, jusqu'ici le traitement de ces deux affections a été fort analogue, et s'est réduit soit à saisir des indications générales ou éloignées pour fonder des méthodes curatives, soit à agir autour ou sur l'extérieur de l'oreille ou de l'œil, à l'aide ou de révulsifs ou de médications excitantes du système nerveux. Pour l'amaurose, il semble difficile qu'on puisse imaginer grand'chose autre que ce qui a été fait jusqu'ici pour s'opposer aux progrès de cette affection qui est le plus souvent incurable. Mais pour la surdité nerveuse, je pense qu'il reste encore un champ peu connu à explorer. Jusqu'ici les stimulants du nerf auditif n'ont été placés qu'au dehors de l'oreille ou dans le conduit auditif externe; or, je pense, et je puis même affirmer par expérience, que ces stimulants, tels que la noix vomique, les divers antispasmodiques, le

camphre, le sucein, la valériane, l'assa fœtida, peuvent être introduits impunément par les trompes dans l'oreille moyenne, et se laisser par conséquent absorber bien plus près des rameaux nerveux sur lesquels ils sont destinés à agir, qu'ils ne sont près de la rétine lorsqu'on en dépose quelques gouttes sur la sclérotique. Il est même très-possible que les injections de teinture de noix vomique, que j'ai faites dans l'oreille moyenne de plusieurs de mes sourds, aient une certaine part spéciale à revendiquer dans certaines améliorations ou guérisons. C'est, du reste, un sujet de recherches ultérieures, dans lesquelles j'espère que ceux qui s'oceupent des maladies des oreilles pourront être encouragés à s'engager après avoir lu ce mémoire, et que, pour ma part, je me propose de poursuivre. Il y a encore un agent qui a été souvent employé soit dans l'amaurose, soit dans la surdité; je veux parler de l'électricité. Jusqu'ici l'électricité n'a été appliquée qu'autour ou sur la surfaee de l'appareil de sens qu'on traitait; or, je pense qu'il ne serait pas sans intérêt de faire passer le courant par l'oreille moyenne même, en appliquant un des conducteurs sur l'oreille et l'autre au pavillon d'une sonde introduite dans la trompe. Je l'ai déjà tenté dans deux eas, il est vrai, sans succès et comme en désespoir de cause, car un de ces eas figure dans le groupe des insuccès, et l'autre est celui d'une personne très-légèrement améliorée, et chez laquelle l'usage de l'électricité n'a rien ajouté; mais il faut poursuivre et varier ou perfectionner le procédé, car deux expériences ne jugent pas un moyen pareil.

Conclusions.

Pour revenir à l'objet de l'ensemble de ce mémoire, voici, sous forme de résumé, la conduite la plus sage à tenir, lorsqu'un sourd a été bien interrogé sur toutes les circonstances de sa surdité, et qu'on s'est assuré, par l'examen des conduits

auditifs externes, qu'il n'y existe aucune accumulation de cérumen, ni aucun corps étranger qui empêche l'audition :

1° Le cathétérisme par l'air, l'eau, la solution de potasse ou autres liquides plus caustiques, et enfin par un mandrin dilatateur introduit dans les trompes, sont des moyens suffisants pour arriver en plus ou moins de temps à guérir les surdités résultant de l'oblitération soit de l'oreille moyenne, soit des trompes.

2° L'insuccès, confirmé après l'usage prolongé de ces moyens, doit faire tenter une ponction légère et en quelque sorte exploratrice du tympan, afin de s'assurer si la cause de la surdité ne se rencontrerait pas dans l'épaississement de cette membrane.

3° Si, après cela, la surdité persiste sans amélioration, il ne reste plus que deux suppositions : ou quelque affection du labyrinthe ou de l'os du rocher cause la surdité, auquel cas il n'y a rien à tenter; ou les rameaux du nerf auditif sont devenus obtus, peu sensibles, paralysés, alors il faut tenter d'en réveiller la sensibilité, en introduisant dans l'oreille moyenne par le cathétérisme, soit des liquides stimulants du système nerveux ou des spasmodiques, tels que la noix vomique, le camphre, le succin, la valériane, soit des stimulants mécaniques, et en particulier un courant électrique.

4° Enfin, dans les cas où les antécédents ou les symptômes mettraient sur la voie de quelque affection, soit cérébrale, soit plus éloignée des oreilles, soit générale, dont la surdité ne serait elle-même que symptomatique, il va presque sans dire qu'il faudrait agir sur la cause de la surdité, quelque éloignée qu'elle parût être des organes de l'audition.

OBSERVATION DE FIÈVRE TYPHOÏDE DEVENUE MORTELLE EN MOINS DE SIX JOURS, ET ACCOMPAGNÉE D'ULCÉRATIONS INTESTINALES PROFONDES, SUIVIE DE REMARQUES;

Par le Dr E. **Boudet**, *ancien chef de clinique de la Faculté de médecine de Paris.*

Depuis l'époque mémorable où, grâce au génie de nos contemporains, la lumière a enfin pénétré au sein des ténèbres qui enveloppaient l'histoire des fièvres; depuis que la grande pyrexie nommée *fièvre typhoïde* s'est élevée sur les ruines de doctrines surannées, plusieurs ouvrages, devenus classiques, ont répandu dans le monde savant des observations pleines d'intérêt et de vérité sur cette terrible affection.

Ses causes, ses caractères physiologiques et anatomiques, sa marche, son diagnostic, son traitement, ont été exposés avec une précision remarquable et une exactitude frappante.

Mais jusqu'ici on s'est livré surtout à un travail de synthèse, on a rapproché et confondu dans un même groupe la plupart des variétés de fièvres que le nosologiste de Sauvages avait multipliées avec une abondance stérile. On a réuni en un seul faisceau toutes ces branches éparses issues du même tronc, et isolées cependant jusqu'au commencement de ce siècle. On a fait ressortir les analogies puissantes qui permettent de condenser, pour ainsi dire, toutes ces variétés symptomatiques en une seule unité morbide. C'est l'anatomie pathologique, surtout, qui a fait voir combien ces formes si diverses se rapprochaient, se confondaient même, par l'identité des désordres matériels constatés après la mort.

Aujourd'hui tout le monde est d'accord, sinon sur la dénomination, au moins sur l'existence de la fièvre typhoïde

comme maladie bien distincte; mais n'est-il pas temps, dès à présent, d'établir, par voie d'analogie, quelques divisions naturelles au milieu de ce vaste ensemble? Croit-on qu'on ait dit le dernier mot de la science quand on a partagé les fièvres dites typhoïdes en *ataxiques, adynamiques, muqueuses, inflammatoires*, ou en fièvres à forme *cérébrale, abdominale*, etc.? Non certes, et je ne doute pas qu'une observation plus attentive ne signale dans cette grande famille plusieurs genres bien déterminés.

Pour mon compte, j'ai déjà cherché à pénétrer dans cette voie en publiant un cas de fièvre typhoïde qui offrait, à s'y méprendre, les caractères du typhus des camps. On pourrait désigner cette variété sous le nom de *typhus sporadique* (1).

Aujourd'hui je rapporte un fait de fièvre typhoïde qui s'éloigne entièrement, sous le rapport de sa marche, de tous ceux qui ont été relatés jusqu'ici : c'est un cas de fièvre terminée par la mort en cinq jours et demi, et accompagnée des ulcérations les plus caractéristiques. Cette forme pourrait, à juste titre, recevoir le nom de *fièvre typhoïde à marche suraiguë*.

OBS. I. — *Fièvre typhoïde de forme ataxique. — Mort au bout de cinq jours et demi. — Ulcérations très-profondes des follicules de Brunner et des plaques de Peyer. — Ramollissement et gonflement des ganglions mésentériques. — Engorgement considérable de la rate.* — Le 15 novembre 1844, entre à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. le professeur Fouquier, le nommé Pernetier (A.-R.), tonnelier, âgé de 30 ans, né dans une ville de la Sarthe, à Paris depuis quinze ans, demeurant rue de Valois, n° 8. Cet homme jouit habituellement d'une santé satisfaisante; il ne tousse pas fréquemment, et n'a jamais été atteint d'hémoptysie. Il y a trois ans, il a été affecté d'une pleurésie gauche, caractérisée par un point de côté, de la dyspnée, de la fièvre; il est resté six semaines au lit. Depuis cette époque, il n'a ressenti aucune incom-

(1) *Journal des connaiss. médic.-chirurgic.*, 12e année, 1er semestre, p. 93; 1844.

modité, si ce n'est que chaque matin, sans qu'il lui soit possible de préciser le début de ce symptôme, il tousse et crache du mucus épais. Il n'a, du reste, jamais été sujet aux sueurs nocturnes, à la diarrhée, à l'amaigrissement. (Je tiens tous ces renseignements de lui d'abord, et ensuite de sa femme, personne intelligente, qui, interrogée avec grand soin et à plusieurs reprises, n'a pas varié dans ses réponses. Or, elle a été en rapport avec son mari tous les jours qui ont précédé le début de sa maladie, et elle n'a cessé de manger et habiter avec lui.)

Dimanche dernier, 10, il était parfaitement bien; d'ailleurs il vivait dans l'aisance, et ne faisait d'autres excès que quelques libations un peu exagérées. Le lundi, le mardi et le mercredi, santé excellente; appétit, forces, tout était normal. Le soir du mercredi 13 novembre, à neuf heures, frisson général qui dure deux heures, courbature, céphalalgie. Depuis ce moment, alternatives de chaleur et de froid, diarrhée avec douleur dans la fosse iliaque gauche, étourdissements, faiblesse; pas de surdité ni d'épistaxis. Alité depuis aujourd'hui seulement, 15 novembre (3e jour). (Diète, aucun traitement.)

Le soir, à l'entrée: homme brun, assez fort, d'une constitution moyenne; chaleur élevée de la peau; pouls à 104, large, ferme. Premier bruit du cœur couvert par un souffle assez rude qui se prolonge dans la région carotidienne gauche, mais dont le maximum a lieu au niveau de la base de l'organe. Le cœur paraît offrir, du reste, des dimensions normales. Un peu de râle sibilant en arrière du thorax, dans les grandes respirations. Langue blanche, gencives grisâtres, soif vive; ventre un peu météorisé, gargouillement douloureux dans la fosse iliaque droite: cinq selles en diarrhée depuis vingt-quatre heures. Céphalalgie, forts étourdissements. (Saignée du bras de 500 grammes.)

Le samedi 16 (4e jour). *Le matin*, soulagement, moins de malaise. 124 pulsations; respiration d'une fréquence presque ordinaire, 20 à 24. A midi commence un délire assez violent, avec agitation et incohérence complète dans les idées, bavardage continuel. *Le soir*, une saignée de 400 grammes; couenne molle, de 1 centimètre d'épaisseur.

Le 17 (5e jour). Pas de selles depuis hier, mais urines involontaires. 122 pulsations, vives, un peu molles; peau sans moiteur. 36 respirations; râle sibilant entendu dans toute la poitrine; premier bruit du cœur encore un peu soufflant. Langue hu-

mide, ventre un peu ballonné; face exprimant la stupeur; intelligence obtuse.

Le 18 (6e jour). Le malade a déliré toute la nuit. *Ce matin*, face pâle, regard exprimant la stupeur, pupilles dilatées considérablement, mais contractiles. Le malade n'a plus aucune conscience de son être, ni du monde extérieur : 144 pulsations petites, sueur à la surface de la peau ; pas de selles ; respiration à plus de 40. (1 vésicatoire à la nuque, 2 cataplasmes sinapisés.) Le soir, agitation extrême, puis calme absolu ; demi-coma.

Le mardi 19 (7e jour). A quatre heures et demie du matin, mouvements convulsifs dans les bras, et mort à six heures dans le coma et après une sueur profuse. — Il n'y a pas eu de taches sur la peau.

La mort a donc eu lieu au bout de cinq jours et demi, la maladie ayant débuté le mercredi 13 à neuf heures du soir, et ayant duré les 14, 15, 16, 17 et 18, pour se terminer le mardi 19 à six heures du matin (en somme 129 heures).

A l'ouverture faite vingt-six heures après la mort, par un temps humide et par une température de + 8° centigr., le cadavre n'offre à l'extérieur aucune altération remarquable : péricarde sain, comme le cœur, dont les dimensions paraissent normales ; le sang qu'il renferme est violet et diffluent. — Plèvre droite saine. Le sommet du poumon, de ce côté, offre dans son tissu sept ou huit tubercules jaunes, friables, caséeux en un mot, du volume d'un pois, et enveloppés d'un kyste fibro-cartilagineux, de 1 millimètre environ d'épaisseur. Entre ces tubercules se trouvent deux concrétions pierreuses, inégales, jaunâtres, enkystées, grosses comme un grain de millet. Le reste du poumon est congestionné. A gauche, adhérences partielles et denses ; un peu de sang est infiltré dans leur intervalle. Au sommet gauche, quatre ou cinq tubercules caséeux, identiques à ceux de droite, mais moins volumineux ; congestion sanguine forte de la base. Le larynx, le pharynx et l'œsophage n'offrent aucune lésion notable. L'estomac est petit, sa muqueuse n'est pas ramollie ni injectée.

L'intestin grêle renferme une médiocre quantité de matières molles et de gaz. Dans la plus grande partie de son étendue, il ne présente ni injection extraordinaire, ni aucune plaque ou follicule ; mais arrivé à 1 mètre et demi de la valvule iléo-cœcale, voici ce qu'on rencontre : d'abord se montre, sur la convexité de l'intestin, un bouton folliculaire saillant, dur, infiltré de matière

fibrineuse, dense, grisâtre; puis on observe trois plaques de Peyer de 3 à 4 centimètres de long, saillantes, infiltrées de matière fibrineuse, non ulcérées; plus loin se voient trois gros boutons folliculaires, saillants, du diamètre d'une pièce de 25 centimes, offrant au centre une eschare molle, jaunâtre, qui s'enlève facilement, puis deux plaques de Peyer, de 4 à 5 centimètres de long sur 2 de large, profondément ulcérées, parsemées, à leur surface, d'îlots saillants, autour desquels l'ulcération a creusé des sinuosités profondes : ces îlots sont des noyaux fibrineux, véritables eschares non encore détachées; alentour, le tissu muqueux a entièrement disparu, et le produit morbide infiltré sous cette membrane a été complétement éliminé. Un peu plus loin, et près de la valvule, deux plaques de Peyer offrent le même spectacle dans une étendue encore plus grande. Toutes ces ulcérations offrent une couleur jaune qui s'enlève par le lavage, et qui tient uniquement à une sorte de teinture bilieuse. Aux environs, la muqueuse étale de nombreuses glandes mucipares du volume de grosses têtes d'épingle, non ramollies; elle offre aussi de vastes arborisations, mais sans diminution de consistance.

Le colon n'est le siége d'aucune altération manifeste; il est seulement injecté. Les ganglions mésentériques sont généralement gonflés, violacés et friables, surtout aux environs de la valvule iléo-cœcale; ils ont dans ces points un volume au moins double de celui qui leur est ordinaire.

Le foie, la bile, les reins, n'offrent aucune altération remarquable. La rate est très-grosse; elle a environ 20 centimètres de diamètre; son tissu est un peu friable.

La cavité arachnoïdienne renferme au moins 30 grammes de sérosité limpide. Entre la pie-mère et le cerveau, quantité considérable de sérosité, au point que les circonvolutions et la membrane sont complétement isolées. Les ventricules contiennent aussi plus de sérosité qu'à l'état normal (80 grammes chacun, environ). L'arachnoïde et la pie-mère sont évidemment ramollies à la partie antérieure du cerveau. — Cervelet sain.

Cette observation réunit les symptômes les plus frappants de la fièvre typhoïde : mouvement fébrile considérable, chaleur de la peau élevée, signes de congestion pulmonaire intense,

diarrhée abondante, céphalalgie, bourdonnements d'oreilles, abattement; puis délire prolongé, selles involontaires, prostration croissante. Le malade n'a présenté ni taches rosées, ni sudamina, ni épistaxis. Néanmoins personne ne récusera l'authenticité de ce cas comme exemple de fièvre typhoïde.

Et cependant combien il s'éloigne de ceux qui ont été observés jusqu'ici! Admettons pour un moment, comme une chose incontestable, que le malade a succombé dans le courant du *sixième* jour à dater du début de la fièvre, et cherchons quelles lésions anatomiques répondent ordinairement à cette période de l'affection.

Trois faits à peu près comparables à celui-ci, sous le rapport de leur durée, me permettent d'établir ce parallèle. L'un d'eux m'appartient; les deux autres ont été publiés dans les excellents ouvrages de MM. Louis et Chomel.

Obs. II. — *Mort au commencement du sixième jour* (1).— Un malade âgé de 19 ans, porteur d'eau, entre au n° 16 de la salle Sainte-Madeleine, à l'Hôtel-Dieu, service de M. Chomel, le 24 février 1836. Il est au quatrième jour de la maladie, caractérisée par de la diarrhée, des selles involontaires, du délire, une fièvre forte. Il succombe au commencement du sixième jour. — On trouve, à l'ouverture, vingt plaques de Peyer saillantes, et dont quelques-unes sont infiltrées d'une matière dure, des follicules saillants, mais sans la moindre érosion, des ganglions mésentériques ramollis, la rate un peu grosse.

Obs. III. — *Mort au septième jour.* (*Leçons de M. Chomel sur la fièvre typhoïde*, p. 64.)— M. Chomel rapporte l'histoire d'un homme de 22 ans, qui succomba aux atteintes d'une fièvre typhoïde dans le courant du septième jour à dater du début. Il avait été en proie à un délire furieux, et avait offert, en outre, un ensemble de symptômes caractéristiques. — A l'ouverture, on trouve des plaques de Peyer saillantes, infiltrées d'une matière dure, des follicules volumineux dans l'intestin grêle, des ganglions mésentériques ramollis, et un engorgement notable de rate. Il n'y avait

(1) Observation recueillie par l'auteur.

encore, dans ce cas, aucune ulcération de la membrane muqueuse.

Obs. IV. — *Mort au huitième jour.* (*Recherches sur la fièvre typhoïde*, par M. Louis, 2e édit., t. Ier, p. 69.) — M. Louis rapporte l'histoire d'une jeune fille de 21 ans, morte après un délire continuel, de la diarrhée, etc., vers la fin du huitième jour ou au commencement du neuvième. — A l'ouverture, les glandes elliptiques de l'iléum étaient rouges, épaissies, ramollies, *non ulcérées*; les glandes mésentériques correspondantes, roses, très-ramollies et très-volumineuses; la rate était triplée de volume.

Il résulte de ces faits et d'autres encore qui sont épars dans les annales de la science que, pendant les huit à neuf premiers jours de la fièvre typhoïde, les plaques de Peyer ne sont le siége d'aucun travail d'ulcération; c'est plus tard, d'après les auteurs, vers le milieu du second septénaire, du neuvième au douzième jour, que cette nouvelle phase de la maladie commence à se montrer. A une époque plus reculée, du douzième au vingt et unième jour, et au delà, s'opère l'élimination des eschares intestinales.

Telle est la marche ordinaire de la maladie; et en effet, si nous cherchons quelques faits offrant, sous le rapport des lésions anatomiques, la plus grande similitude possible avec celui qui fait le sujet de ce travail, nous verrons que ce n'est qu'à la fin du troisième septénaire que s'est accomplie, dans ce cas, l'élimination des produits morbides sous-muqueux.

Obs. V. — Un homme de 20 ans succombe le dix-huit ou le dix-neuvième jour du début de sa maladie, après avoir été atteint de céphalalgie, de diarrhée, d'épistaxis, de stupeur. — A l'ouverture, on note, à la fin de l'intestin grêle, quatre plaques de Peyer saillantes, en partie ulcérées, et offrant des débris d'eschares d'un jaune assez vif : elles sont rondes, et la plus large n'a pas plus de 10 à 12 lignes de diamètre; elles sont cependant ulcérées dans presque toute leur étendue. (Chomel, *loc. cit.*, p. 94.)

Obs. VI. (Recueillie par l'auteur.) — Une fille de 16 ans entre, le 22 avril 1844, à l'hôpital de la Charité. Elle présente les phénomènes suivants : diarrhée involontaire, délire, épistaxis, engoue-

ment pulmonaire, etc. — Elle succombe le vingtième jour, et à l'autopsie, on trouve, vers la fin de l'iléum, des plaques de Peyer et des follicules saillants ; tout près de la valvule, plusieurs plaques de Peyer en partie infiltrées de matière jaunâtre fibrineuse, en partie ulcérées par l'élimination de cette matière.— Les follicules voisins sont gonflés, mais non ramollis. — Les ganglions mésentériques sont friables; la rate est augmentée de volume.

Il est donc incontestable que les altérations que j'ai décrites dans l'observation qui fait le sujet de ce travail n'appartiennent pas, suivant les données connues, au sixième jour, mais bien au dix-huitième ou vingtième jour de la maladie. Et en effet, les personnes, assez nombreuses, qui ont eu occasion de voir à l'amphitéâtre l'intestin de Pernetier ont pensé qu'il appartenait à un individu mort au quinzième ou au dix-huitième jour de la maladie : aucune ne voulait croire que celle-ci eût débuté seulement depuis cinq jours et demi.

Mais, dira-t-on, le fait que vous citez doit être rangé dans la même catégorie que ceux dont vous faisiez mention tout à l'heure. Le début de l'affection intestinale, chez votre malade, remontait à dix-huit ou vingt jours; seulement, pendant les quinze premiers jours, la lésion ne s'est révélée que par les symptômes fugaces qui ont pu échapper à un homme du peuple, peu attentif à des malaises. Cette objection, quoique grave, est facile à résoudre :

Je pose en fait qu'il est impossible de ne pas admettre que la maladie a débuté le 13 avril, cinq jours et demi avant la mort.

En effet, je me suis assuré d'une manière positive que pendant la nuit du 12 au 13, le malade avait parfaitement dormi, qu'il s'était réveillé joyeux et dispos, comme à l'ordinaire, qu'il avait mangé de bon appétit, et qu'il avait travaillé avec ardeur toute la journée, comme les jours précédents. C'est le soir, à neuf heures seulement, qu'il s'est senti atteint d'un frisson violent, général, frisson d'invasion, s'il en fût, et à dater de cette époque les symptômes n'ont cessé de s'aggraver.

Est-il raisonnable de supposer que chez cet homme, qui jouissait de la plénitude de ses forces, et de ce bien-être complet qui est le plus positif apanage d'une santé parfaite, les plaques et les follicules de Peyer étaient déjà gonflés, les ganglions mésentériques ramollis, la rate tuméfiée? Comment expliquer, en présence de ces lésions, l'absence de diarrhée, de douleurs de ventre, d'anorexie?

On rencontre, il est vrai, quelquefois, chez des personnes qui ont succombé à une maladie quelconque, des lésions latentes, méconnues : ainsi on a observé, et j'ai observé moi-même des tumeurs cérébrales qui n'avaient donné lieu à aucun phénomène appréciable, des hydatides du foie, des calculs biliaires, des tubercules pulmonaires crus, des tumeurs ovariques ou utérines, voire même des cancers ulcérés de l'estomac, qui ne s'étaient révélés par aucun trouble fonctionnel évident. Mais dans toutes ces circonstances, ou bien il existait une maladie principale qui masquait l'accessoire, ou il s'agissait de vieillards aux sensations internes fort obtuses, ou, enfin, la lenteur extrême du développement des altérations organiques et leur innocuité expliquaient leur état latent.

Ici nous n'avons aucune de ces circonstances à invoquer. La maladie était simple, aiguë ; elle affectait le tube digestif, c'est-à-dire un des organes les plus essentiels à la vie, et cela chez un homme jeune et d'une sensibilité normalement développée.

Qu'y a-t-il d'ailleurs de si extraordinaire dans ce fait d'un gonflement et d'une ulcération rapide de la muqueuse intestinale, de ses glandes et des tissus sous-jacents? Ne voit-on pas fréquemment dans des maladies nées comme celle qui nous occupe, sous l'influence de causes générales, la muqueuse buccale et les parois des joues elles-mêmes s'ulcérer profondément, en quelques jours, chez les enfants atteints de gangrène spontanée; la peau et le tissu cellulaire sous-cutanés se détruire avec une rapidité effrayante chez les personnes frappées de *charbon malin*?

Reconnaissons donc que, dans certaines circonstances, les périodes d'évolution des lésions anatomiques propres à la fièvre typhoïde peuvent se succéder dans un espace de temps beaucoup plus court que celui qu'on leur assigne aujourd'hui.

Les ulcérations intestinales, et tous les autres désordres qu'on trouve disséminés chez les individus frappés de fièvre typhoïde mortelle, paraissent être le résultat d'une sorte d'intoxication profonde, dont l'intensité fait varier la gravité des troubles fonctionnels. Il est facile de comprendre que, dans certaines circonstances, l'infection morbide agisse avec une violence beaucoup plus grande que dans d'autres, et qu'il en résulte un redoublement dans l'activité des désordres qui atteignent l'économie.

Cette manière de voir n'est pas une vaine hypothèse, mais un résultat direct de l'observation. En effet, en examinant avec soin l'ensemble des maladies qui se sont montrées dans le service de M. le professeur Fouquier à peu près à la même époque que le fait en question, j'ai été frappé de la gravité extrême et de la physionomie spéciale des fièvres typhoïdes qui ont régné en même temps.

Pernetier est mort le 19 novembre 1844. — Le 14 du même mois, avait succombé également à la fièvre typhoïde un homme de 24 ans, dont le cadavre offrait un bel exemple d'*hémorrhagie pulmonaire*.

Le 23, sort du service un malade qui, dans le cours d'une fièvre typhoïde grave, avait présenté une *hémorrhagie vésicale* abondante.

Le 23 aussi, meurt de fièvre typhoïde un homme de 22 ans qui nous offre à l'ouverture un épanchement de sang dans les *deux poumons* et dans la *caisse du tympan*.

Le 28, meurt une femme de 21 ans avec des ulcérations typhoïdes et une hémorrhagic intestinale abondante, après avoir présenté de véritables pétéchies sur la peau.

Ainsi, en 14 jours, nous voyons cinq cas de fièvres typhoïde

offrant des particularités frappantes. Dans un cas, la maladie suit une marche excessivement rapide; dans les quatre autres, des hémorrhagies remarquables se manifestent, et la mort est la terminaison du mal: 4 fois sur 5. Or, pendant le reste du mois, aucun autre fait de fièvre typhoïde ne s'est terminé par la mort, et *six* décès seulement par autres maladies ont eu lieu en outre de ceux que nous venons d'indiquer.

Ce résultat est surtout digne d'attention si on considère que, pendant le mois de novembre précédent, un seul cas de fièvre typhoïde mortelle s'était présenté, et qu'il ne s'était accompagné d'aucune hémorrhagie; que pendant les onze autres mois de l'année scholaire de 1844-45, un seul fait de mort par fièvre typhoïde avec hémorrhagies s'est offert à moi (en décembre 1844).

Vers la même époque (c'est-à-dire en novembre 1844), un garçon épicier du faubourg Saint-Germain a succombé aussi en *cinq* ou *six* jours à une fièvre typhoïde ataxique des plus graves. Peut-être les altérations intestinales se rapprochaient-elles chez ce malade de celles que j'ai observées chez Pernetier. Malheureusement l'ouverture du corps n'a pu être pratiquée.

Il est bien remarquable que le baromètre, le thermomètre, l'hygromètre, l'udomètre, comparés avec soin, ont donné pour novembre 1843 les mêmes chiffres, à peu près, que pour novembre 1844; et cependant, n'est-il pas manifeste qu'une cause, occulte dans son essence, mais évidente par ses effets, a imprimé aux fièvres typhoïdes de la période que je viens de signaler une physionomie toute spéciale, caractérisée par une marche suraiguë dans un cas, par des hémorrhagies abondantes dans les quatre autres faits?

Ces fièvres, qu'on pourrait appeler *hémorrhagiques*, sont aussi une des formes les plus intéressantes de la fièvre typhoïde. A ce titre, elles méritent un examen particulier. Ayant eu occasion de recueillir un certain nombre de ces faits, je me réserve de leur consacrer prochainement un article spécial.

RECHERCHES SUR LES TUMEURS ET LES DÉGÉNÉRESCENCES DES OREILLETTES DU COEUR;

Par le Dr F.-A. Aran, *ancien interne-lauréat de l'Hôtel-Dieu, etc.*

C'est un fait assez remarquable que tous les auteurs qui ont écrit sur les maladies du cœur semblent n'avoir eu en vue que les altérations pathologiques des ventricules et des appareils valvulaires, confondant dans une description commune les lésions des oreillettes et des ventricules, et consacrant à peine quelques lignes à certaines altérations des oreillettes, telles que la dilatation et l'hypertrophie, par exemple, qui, par leur fréquence même, se recommandaient plus particulièrement à leur attention. Deux circonstances peuvent, jusqu'à un certain point, expliquer un pareil état de choses: la première, c'est que les altérations pathologiques des oreillettes ne sont pas, en général, très-communes, et par conséquent qu'on les recherche avec moins de soin dans ces cavités que dans les ventricules; la seconde, c'est l'identité parfaite de structure et de fonctions que l'on suppose exister entre les deux ordres de cavités du cœur; peut-être même faut-il y ajouter l'influence exercée par les connaissances le plus généralement reçues en physiologie, qui tendent à réduire à presque rien le rôle que jouent les oreillettes du cœur dans le mécanisme de la circulation. Qui ne comprend cependant que la rareté d'une maladie doit être une raison de plus de l'étudier avec détails, pour pouvoir poser exactement les limites qui existent entre elle et les maladies analogues? Et cette identité de structure et de fonctions des cavités auriculaires et ventriculaires n'est-elle pas plutôt apparente que réelle? Les oreillettes ne sont-elles pas incontestablement pourvues d'une plus grande quantité de tissu cellulaire que les ventricules?

leurs fibres musculaires sont-elles donc aussi nombreuses et disposées de la même manière que celles de ces cavités? et leur position entre le système veineux central et pulmonaire d'une part, les ventricules de l'autre, ne les place-t-elle pas dans une situation tout autre que ces derniers, qui ne sont purement et simplement que des organes de propulsions? Telles sont les réflexions qui nous ont conduit à penser qu'il serait utile de décrire à part les maladies des oreillettes du cœur. Nous n'avons pas toutefois l'intention d'en faire ici une histoire complète : le sujet serait trop vaste, et nous manquons d'ailleurs de documents suffisants pour un pareil travail. Mais en venant réclamer pour ces maladies une place dans le cadre nosologique, nous avons voulu apporter notre part de matériaux; bien sûr qu'à une époque comme la nôtre les idées germent rapidement, et que l'édifice auquel nous travaillons en ce moment ne tardera pas à être terminé et complété par les travaux de cette génération laborieuse au milieu de laquelle nous vivons.

Les recherches dont se compose ce mémoire ont pour but les tumeurs et les dégénérescences des oreillettes. Nous avons été conduit à les faire par un cas que nous avons eu l'occasion d'observer dans le service de M. Récamier, et que l'on trouvera un peu plus bas. Ces recherches n'avaient d'abord pour sujet que les tumeurs situées à l'intérieur des oreillettes du cœur; mais nous n'avons pas tardé à comprendre qu'il valait mieux embrasser dans un coup d'œil général les tumeurs de toute espèce, qu'elles fassent saillie à l'intérieur ou à l'extérieur du cœur.

Le mot *tumeur* a une acception si vague et si générale, que nous ne pouvions l'accepter dans toute son étendue. Si nous avions voulu décrire toutes les saillies ou gonflements contre-nature des oreillettes, nous aurions été amené à traiter de toutes ou presque toutes les maladies des oreillettes; car si l'on excepte l'*atrophie*, toutes s'accompagnent, à un degré

plus ou moins considérable, d'une augmentation de volume. Adoptant sur ce point les idées professées par Abernethy, nous ne traiterons que des tumeurs occupant une portion plus ou moins étendue du champ des oreillettes, et reconnaissant pour cause soit une altération primitive des parois de ces cavités, soit le dépôt dans leur épaisseur de produits nouveaux et sans analogues dans l'économie ; ce qui nous conduira à parler des dégénérescences des oreillettes ; mais nous ne le ferons qu'incidemment, d'autant plus que ces dégénérescences se trouveront presque entièrement décrites à propos des tumeurs qu'elles contribuent à former.

La division qui s'est d'abord présentée à notre esprit était fondée sur le siége de ces tumeurs à la face interne et à la face externe des oreillettes, suivant qu'elles faisaient saillie vers la cavité intracardiaque ou vers le péricarde ; mais elle nous forçait à briser la continuité du sujet ; et nous avons préféré prendre pour base de notre division la nature connue ou probable de ces tumeurs. Nous nous occuperons donc successivement : 1° des tumeurs anévrysmales, 2° des tumeurs tuberculeuses, 3° des tumeurs cancéreuses, 4° des tumeurs hydatiques, 5° des tumeurs fongueuses sanguines. S'il est, dans ce qui va suivre, un certain nombre de considérations qui s'appliquent, jusqu'à un certain point, aux mêmes lésions observées dans les ventricules, on verra aussi qu'il y a des différences notables ; que quelques-unes en particulier n'ont encore été trouvées jusqu'ici que dans les oreillettes. On se demandera aussi peut-être pourquoi nous n'avons traité ni des abcès, ni des tumeurs cartilagineuses ou osseuses. Notre réponse sera facile : nous ne connaissons encore aucun fait authentique qui prouve que le pus puisse se former dans l'épaisseur même des oreillettes, indépendamment d'une péricardite antécédente ou d'une diathèse purulente ; et quant aux tumeurs cartilagineuses ou osseuses, il est aujourd'hui parfaitement établi que c'est dans des fausses membranes sus ou sous-péricardia-

ques que s'opère le dépôt des matériaux osseux ou cartilagineux.

§ I. *Tumeurs anévrysmales.*

Considérées d'une manière générale, les oreillettes ne sont autre chose qu'un renflement du système veineux : rien de plus facile à comprendre que l'on puisse y rencontrer les altérations pathologiques qui sont propres au système circulatoire. On sait combien il est fréquent de trouver les oreillettes dilatées et distendues par le sang, à la suite des maladies qui ont changé les conditions de la circulation ; et il est clair que de cette dilatation générale à la dilatation partielle il n'y a qu'un pas, pour peu que la résistance des parois musculaires ne soit pas la même dans toute leur étendue. Quoi qu'il en soit, c'est une affection rare ; on trouve bien dans quelques auteurs, et dans Puerarius en particulier, des passages qui pourraient faire croire qu'ils ont observé cette altération ; mais il faut arriver jusqu'en 1838, époque à laquelle Thurnam publia son excellent mémoire sur les anévrysmes du cœur (*London med.-chir. transactions*, t. XXI, p. 245), pour rencontrer une description un peu précise. Comme pour les ventricules, ces dilatations partielles consistent dans la formation, aux dépens des parois auriculaires, d'une poche plus ou moins considérable, communiquant avec la cavité de l'oreillette par une ouverture plus ou moins étroite. Suivant Thurnam, au contraire, elles affecteraient la forme diffuse et occuperaient le plus souvent toute l'étendue du sinus des oreillettes; or, c'est là une opinion que nous ne pouvons admettre : nous avons, en effet, rencontré très-fréquemment cette dilatation de l'appendice, et elle nous paraît tout à fait en rapport avec la structure de cette portion de l'oreillette, pourvue de fibres moins nombreuses et moins résistantes, et faire partie de qu'on appelle la *dilatation générale*. Ce qui nous confirme encore dans cette opinion, c'est que Thurnam

a établi un rapport de cause à effet presque constant entre cette altération et le rétrécissement considérable de l'orifice auriculo-ventriculaire correspondant; rétrécissement dont l'action inévitable est la dilatation considérable de l'oreillette. Voici, du reste, deux observations qui établissent que M. Thurnam a au moins eu tort de généraliser autant son opinion.

Obs. I. — A la base du ventricule gauche était appendue une tumeur sphéroïdale du volume d'une noix. Cette tumeur était supportée par un pédicule étroit de 1 pouce de long, lequel pédicule était canaliculé. La tumeur contenait des concrétions sanguines décolorées et très-denses, en même temps qu'un sang liquide. Les parois de la tumeur étaient formées par un tissu fibreux faisant suite aux fibres musculaires de l'oreillette; la disposition aréolaire de ces parois attestait qu'elles étaient formées aux dépens du tissu de l'organe. (Cruveilhier, *Anatomie pathologique*, 22e livraison.)

Obs. II. — Un brasseur âgé de 40 ans, qui était affecté depuis longtemps d'une toux fréquente avec expectoration, soulevait un sac de houblon très-lourd pour le placer sur son épaule, lorsqu'il ressentit une violente douleur dans le côté, suivie de faiblesse et de syncope. Neuf mois après, il était dans l'état suivant: toux, dyspnée extrême, œdème général et coloration violacée de la face; matité considérable de la région précordiale à la percussion; affaiblissement des deux bruits du cœur; le premier bruit remplacé au niveau de la pointe du cœur par un bruit de soufflet que l'on ne percevait que dans l'étendue d'une pièce de 5 shellings. A mesure que les forces du malade diminuaient, le bruit de soufflet perdait graduellement son caractère, de sorte que dans les derniers temps on percevait un bruit presque continu, plus sensible pendant la systole ventriculaire. A l'autopsie, on trouva le cœur généralement augmenté de volume; les valvules saines; *des parties latérales de l'oreillette gauche, se détachait une tumeur du volume d'une petite orange, communiquant avec la cavité de cette oreillette*, et presque entièrement remplie par des caillots fibreux, semblables à ceux qu'on trouve habituellement dans les anévrysmes des artères. (S. Fenwick, *The Lancet*, janvier 1846.)

Les tumeurs anévrysmales des oreillettes se sont toujours montrées uniques; leur volume est variable depuis celui d'une petite noix jusqu'à celui d'une orange, et même davantage, ainsi qu'on le verra dans l'observation 3. Leur forme est toujours sphéroïdale, et dans un cas particulier (obs. 1) la tumeur était supportée par un pédicule étroit d'un pouce de long. Leur siége est presque toujours le même : c'est immédiatement au-dessus de l'orifice auriculo-ventriculaire qu'elles s'ouvrent dans l'oreillette, soit en avant, soit sur les côtés, jamais en arrière ; et, chose remarquable, on n'en a pas encore rencontré vers l'oreillette droite (1). En général les parois dilatées de la cavité sont épaissies et le siége d'une dégénérescence fibro-celluleuse; la membrane qui les tapisse, et qui est le prolongement de la membrane interne, est souvent opaque, rugueuse, diversement altérée, parfois même ossifiée, et leur cavité est remplie par des concrétions fibrineuses exactement semblables à celles qu'on trouve dans les anévrysmes artériels; autrement dit, on n'a jamais observé dans l'oreillette d'autre forme d'anévrysme que ce que l'on est convenu d'appeler anévrysme *vrai* ou anévrysme *par dilatation.*

Nous ne possédons encore sur les causes de ce genre de

(1) On ne peut pas, en effet, considérer comme un exemple de ce genre le fait emprunté à Dionis par M. Thurnam, et dans lequel il s'agit d'un capitaine de vaisseau, qui, après avoir fait de violents efforts pour cacher un grand chagrin, devint sujet à de la dyspnée, à des palpitations de cœur avec sensation de brisement vers cet organe, et mourut douze ans après les premiers accidents, après avoir présenté de l'anasarque, le refroidissement des extrémités, une grande tendance à l'assoupissement et des épistaxis très-abondantes. L'oreillette droite était dilatée au point qu'elle avait le volume de la tête d'un enfant nouveau-né, et qu'elle contenait une pinte et demie de sang à demi coagulé; sa surface interne était tapissée par des écailles osseuses, et le péricarde était généralement adhérent... Où voit-on là une dilatation *anévrysmale* dans la véritable acception du mot?

tumeurs aucune donnée bien précise: On a vu plus haut que M. Thurnam donnait sous ce rapport une grande importance au rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche; nous avons dit les raisons qui ne nous permettaient pas d'accepter cette opinion d'une manière aussi générale : Il semble résulter, au contraire, de l'observation II et de l'observation de Dionis, qui trouve naturellement sa place ici, que de violents efforts et des chocs violents contre un corps dur seraient susceptibles de déterminer immédiatement cette dilatation anévrysmale.

Obs. III.— Un soldat, qui avait déserté et qui cherchait à échapper par la fuite à ceux qui le poursuivaient, alla se frapper le côté gauche de la poitrine contre un arbre : le choc fut si violent, qu'il fut jeté à bas de son cheval. Depuis cette époque, il devint sujet à de vives douleurs, des palpitations et de la dyspnée, et peu à peu il vit se former, à gauche du sternum une *large tumeur pulsatile, qui finit par s'étendre de la clavicule à la cinquième côte*. Il succomba un an après l'accident. En outre d'une fracture non consolidée des quatre premières côtes, d'un empyème et d'abcès dans les poumons, on trouva l'*oreillette gauche d'un volume énorme et donnant naissance à la tumeur extérieure*. La plèvre ou plutôt le péricarde adhérait intimement à l'oreillette augmentée de volume; ses parois avaient 1 pouce d'épaisseur et étaient formées à l'intérieur par un tissu dense et cartilagineux; elle était pleine de sang grumeleux. L'aorte, les veines caves, l'artère et les veines pulmonaires étaint saines. (Dionis, *Anatomie de l'homme*, p. 713; 1716.)

On ne peut que regretter qu'une observation aussi intéressante manque de détails convenables. Cette tumeur pulsatile, qui s'étendait à la face antérieure de la poitrine depuis la clavicule jusqu'à la cinquième côte, appartenait-elle réellement à l'oreillette? était-elle formée par les parois auriculaires distendues? ou bien plutôt n'était ce pas un anévrysme de l'oreillette qui s'était terminé par rupture, et était venu former un anévrysme faux à l'extérieur? Que de réflexions cette observation ne fait-elle pas naître d'ailleurs? Comment eût-on pu distinguer cette tumeur anévrysmale de l'oreillette d'un ané-

vrysme de l'aorte ou de l'artère pulmonaire? Si le sujet eût vécu, n'eût-elle pas pu se terminer par rupture?...

Jusqu'ici il n'existe aucun signe pathognomonique de ce genre de tumeur, et nous pensons avec M. Thurnam qu'il est fort difficile d'établir un diagnostic entre cette affection et la dilatation générale de l'oreillette. Toutefois la percussion offre de puissantes ressources qu'il ne faut pas négliger, et on pourrait peut-être *soupçonner* quelque chose de pareil si, à la suite de ces circonstances fortuites qui amènent quelquefois les ruptures du cœur, on trouvait une modification profonde dans la forme et la nature de la matité du cœur, du côté de l'oreillette gauche, sans altération des valvules, et principalement sans altération de l'artère aorte, le tout coïncidant avec le développement subit des symptômes généraux ordinaires des maladies du cœur.

§ II. *Tumeurs tuberculeuses.*

C'est une question encore fort controversée parmi les anatomo-pathologistes, que celle de savoir si la matière tuberculeuse est susceptible de se déposer primitivement dans l'épaisseur de la substance musculaire du cœur. Pour nous, le fait n'est pas douteux, malgré sa rareté; mais il n'en est pas moins vrai que c'est dans l'épaisseur des fausses membranes consécutives à la péricardite que les tubercules se montrent le plus fréquemment. Au reste, peu importe que la matière tuberculeuse ait d'abord son siége dans le péricarde, ou les fausses membranes de la péricardite, si elle envahit de proche en proche les parois du cœur, si elle en entraîne la dégénérescence. Il est extrêmement rare de trouver les parois de l'oreillette entièrement transformées en matière tuberculeuse; cependant nous en connaissons deux exemples: un que M. Cruveilhier a rapporté dans son grand ouvrage anatomie pathologique (livr. 29). Le péricarde était adhé-

rent au cœur dans toute son étendue, avec infiltration tuberculeuse; l'adhérence était surtout très-intime au niveau de l'oreillette droite, et la structure musculaire de cette cavité tout à fait méconnaissable. Le second est bien plus intéressant que le précédent, à cause de la compression que la matière tuberculeuse exerçait sur les orifices des veines pulmonaires. Nous le plaçons ici :

Obs. IV.— Un homme de 62 ans, qui était sujet depuis plusieurs années à s'enrhumer et à avoir la respiration courte, n'avait cependant fait aucune maladie sérieuse, lorsque, il y a un an, après avoir mis des vêtements humides, il fut pris de toux, de dyspnée, de palpitation de cœur et d'une abondante hémoptysie. Depuis cette époque, les accidents allèrent toujours en augmentant. Au mois de décembre 1829, il fut reçu à l'hôpital de Wilworth: le pouls était faible, fréquent et régulier; la toux sèche, continuelle et très-fréquente; il y avait des paroxysmes de dyspnée qui ressemblaient aux attaques les plus violentes de l'asthme spasmodique. Les battements du cœur, extrêmement faibles, ne s'entendaient qu'avec peine et à une grande profondeur derrière le sternum. La perception donnait un son mat dans toute l'étendue de la poitrine. La mort eut lieu par asphyxie, cinq semaines après son admission à l'hôpital.

Autopsie. — Poumons emphysémateux ayant contracté des adhérences très-intimes avec la plèvre pariétale. Ces organes étaient d'un rouge foncé et fluctuants. Lorsqu'on incisa le poumon gauche, il en sortit aussitôt un jet de sang comme si on eût ouvert un sac anévrysmal, et la quantité de sang qui s'en échappa ne fut pas moindre de 3 pintes ½. Les veines pulmonaires qui l'avaient fourni offraient une capacité au moins quatre fois plus grande qu'à l'ordinaire. En les suivant jusqu'à la racine du poumon, on remarqua que la dilatation s'étendait uniformément depuis les plus petites branches jusqu'aux gros troncs qui formaient en dehors de l'oreillette gauche deux larges poches. Le poumon droit était dans le même état, mais à un moindre degré. Cette dilatation des veines pulmonaires était produite par la compression que les veines éprouvaient à leur entrée dans l'*oreillette gauche, dont les parois étaient converties en une masse solide de matière tuberculeuse de près de 1 pouce d'épaisseur.* Cette production morbide

était déposée entre les membranes interne et externe de l'oreillette; et la pression avait tellement diminué le calibre de ces veines que ce ne fut pas sans peine que l'on put faire passer une sonde dans l'oreillette par leur orifice. Le cœur droit était très-dilaté; les ganglions bronchiques farcis de matière tuberculeuse; quelques tubercules miliaires dans les poumons. (Dr Townsend, *Dublin journal*, 1832.)

L'observation suivante montre la tuberculisation du cœur et de l'oreillette en particulier sous un tout autre aspect, celui des tubercules isolés.

Obs. V. — A la suite d'une maladie abdominale aiguë, une jeune enfant de 6 ans et demi n'avait pas recouvré la santé; elle avait perdu son embonpoint, et se plaignait souvent de douleurs dans la poitrine. Trois semaines avant son entrée à l'hôpital, de l'œdème se manifesta aux jambes, puis à la face, et le ventre augmenta de volume. Quand on vit la malade, on constata chez elle l'existence de ces derniers symptômes et la présence d'un peu de liquide dans l'abdomen. La région précordiale donnait un son obscur dans une assez grande étendue; on y voyait une légère voussure. Le cœur donnait une forte impulsion, et les battements étaient réguliers, sourds, mais sans aucun bruit anormal. Le reste du thorax résonnait bien à la percussion. Dans toute l'étendue de la poitrine en avant et en arrière, mélange de râle ronflant et sibilant avec quelques bulles humides à la base. A la partie supérieure, le bruit respiratoire, perceptible de temps en temps, était rude, surtout à gauche. Toux; oppression; face pâle, un peu œdémateuse; pouls à 96, régulier, large, dépressible; diarrhée. Après quelques alternatives de mieux-être et de plus mal, cette enfant succomba dans le marasme, soixante-huit jours après l'opération de l'anasarque.

Autopsie. — Adhérences générales du péricarde au cœur, qui a acquis un volume considérable (23 cent. de circonférence à la base, et 11 cent. de longueur de la base à la pointe). A sa surface, on voit un grand nombre de bosselures inégales en grosseur, blanchâtres, entre lesquelles le tissu charnu est d'un rouge pâle. Ces bosselures, dont quelques-unes ont le volume d'une noix, existent dans toute l'étendue de l'organe, et sont aussi nombreuses en arrière qu'en avant. Il y en a moins, et leur volume est plus petit, au niveau des oreillettes. Elles sont constituées par une ma-

tière dure, friable, d'une teinte jaunâtre, ne présentant aucune trace de vaisseau. Au centre de quelques-unes, la consistance est moindre qu'à la circonférence. Ventricule droit considérablement dilaté; sa membrane interne lisse et violacée. A sa surface interne, dans toute son étendue, excepté du côté de la cloison, on aperçoit un grand nombre de petites bosselures qui soulèvent la membrane interne dans les interstices des colonnes charnues. Les inégalités sont d'un blanc jaunâtre et ont une surface granuleuse (on dirait qu'elles sont criblées de grains de semoule). Elles correspondent aux bosselures externes, et en dedans on voit au niveau de quelques-unes des ecchymoses noirâtres sous-séreuses. *L'oreillette droite, très-dilatée, a une capacité double de celle du côté gauche; deux tumeurs y soulèvent la membrane interne.* L'une, au niveau et à la partie postérieure de l'orifice auriculo-ventriculaire, fait une saillie considérable; elle a environ le volume d'une noisette; elle diminue la dimension de l'orifice, et tient à une tumeur plus grosse située profondément dans le tissu charnu. Sa surface est inégale, jaunâtre, granulée. L'autre, plus considérable en étendue, existe à la partie postérieure et interne de l'oreillette, avoisine l'appendice, et descend jusqu'à l'orifice auriculo-ventriculaire. Ses dimensions sont: 4 cent. de haut en bas, et 2 transversalement; sa surface est inégale, bosselée, granulée en jaune, et présente en outre une coloration rouge-noir due à une infiltration sanguine sous-séreuse. Dans toute l'étendue de l'oreillette, et même au niveau des tumeurs, où une dissection attentive a été faite, la membrane interne est lisse et n'est pas ulcérée. Le ventricule gauche est dilaté; il contient une petite quantité de sang noir liquide; sa surface interne est lisse et a une couleur lie de vin. Il n'y a pas de saillie anormale à l'intérieur. Les valvules et les orifices du cœur droit et du cœur gauche sont parfaitement sains. A part les masses tuberculeuses décrites plus haut, le tissu du cœur n'est le siége d'aucune altération: ni ecchymose, ni ramollissement. La cloison interventriculaire et l'oreillette gauche sont les seules parties exemptes de tubercules. (M. Fauvel, dans *Traité des maladies des enfants* de MM. Rilliet et Barthez, t. III, p. 364; 1843.)

On comprend qu'il nous serait très-difficile, avec un aussi petit nombre de faits de tracer l'histoire de la dégénérescence et des tumeurs tuberculeuses des oreillettes. Nous pouvons cependant en conclure que la matière tuberculeuse se présente

dans les oreillettes sous les mêmes formes que dans les autres organes, c'est-à-dire à l'état d'infiltration ou à l'état de dissémination, de masses isolées; que là, comme dans les autres points de l'économie, c'est une matière sèche, friable, d'une teinte jaunâtre, sans trace aucune d'organisation ou de vascularisation, mais dans laquelle on n'a pas encore rencontré les modifications que subissent ordinairement les dépôts de ce genre; nous voulons parler de leur ramollissement et de leur ouverture à l'intérieur. Toutefois la marche suivie par plusieurs de ces tumeurs, qui se sont portées vers la face interne du cœur et qui soulevaient l'endocarde, semble indiquer que, si le sujet eût vécu encore quelque temps, le ramollissement eût pu être suivi d'une rupture dans l'intérieur de l'oreillette ou du ventricule. Nous ajouterons que les tumeurs, et surtout la dégénérescence tuberculeuse, entraînent des changements profonds dans la structure du tissu musculaire, dont elles déterminent d'abord l'atrophie et ensuite la disparition; que le péricarde a toujours contracté des adhérences avec le cœur. Avons-nous besoin de dire que nous n'avons encore aucun moyen de reconnaître cette altération? Nous suivons la marche de la péricardite; nous reconnaissons la formation des adhérences du péricarde et les adhérences du péricarde toutes formées. Mais là s'arrêtent nos moyens d'investigation. Tout au plus pourrait-on supposer ce genre d'affection, si l'on voyait une péricardite, chez un sujet tuberculeux, se terminer par des adhérences, et si depuis cette époque le malade était en proie à tous les phénomènes d'une maladie chronique du cœur. Nous ne saurions, en effet, trop le répéter: les tumeurs et les dégénérescences tuberculeuses du cœur et des oreillettes en particulier doivent être regardées comme l'expression *maximum* de la diathèse tuberculeuse; de même qu'il est des organes, le poumon par exemple, qui occupent sous ce point de vue le sommet de l'échelle, sur lesquels cette diathèse se concentre plus particulièrement, il en est d'autres,

et le cœur est du nombre, sur lesquels elle ne frappe que par exception. Il suit de là que l'influence pathologique de ces sortes de tumeurs est bien peu de chose si on la met en regard des désordres qui se sont déjà produits dans l'économie à l'époque de leur développement, excepté dans le cas où elles apportent des changements considérables dans les conditions mécaniques de la circulation du sang.

§ III. *Tumeurs cancéreuses.*

Le cancer se présente dans l'organe central de la circulation, et dans les oreillettes en particulier, sous les deux formes que nous avons déjà étudiées à propos des tubercules : l'infiltration cancéreuse et les masses cancéreuses desséminées. La première forme, qui n'est pas la plus commune de toutes, a été décrite par MM. Bayle et Andral (*Revue méd.*, t. I, 1824), M. Trélat, etc. Ces auteurs ont vu les parois des oreillettes, et principalement de l'oreillette droite, notablement épaisses, très-consistantes, ayant une couleur grisâtre et une structure lardacée; toute la masse charnue intermédiaire à cette oreillette et au ventricule correspondant, transformée en une matière lardacée de 1 pouce à 1 pouce et demi d'épaisseur; cette transformation intéressant l'orifice auriculo-ventriculaire correspondant. Les exemples de la seconde forme sont bien plus nombreux : ainsi, M. Velpeau a décrit un petit squirrhe du volume d'un pois sur le sommet de l'auricule gauche, immédiatement placé sur la membrane séreuse, et ne faisant pas saillie dans la cavité de l'oreillette (*Cas remarquable de maladie cancéreuse avec oblitération de l'aorte*, 1825). M. Bouisson (thèse de Montpellier, 1835) a également signalé une tumeur du genre de celles qu'on a décrites sous le nom de *cancer mélané*, occupant les parois de l'appendice auriculaire gauche. M. Andral (*Précis d'anat. pathologique*, t. II) a trouvé, chez une femme de

56 ans, de nombreuses bosselures sur l'oreillette et le ventricule droits, bosselures formées d'un tissu dur, bleuâtre, comme demi-transparent en quelques points; ailleurs d'un blanc plus opaque et sillonné par des lignes rougeâtres. L'observation suivante est plus probante encore :

Obs. VI.— Un homme âgé de 28 ans, sujet depuis six mois à de violents accès de toux qui revenaient de temps en temps, et s'accompagnaient de crachats sanglants, ayant éprouvé depuis des douleurs lancinantes dans la poitrine et de la difficulté pour respirer, offrait à l'auscultation et à la percussion les signes physiques suivants: côté gauche de la poitrine plus arrondi que le droit, immobile et complétement mat à la percussion; extinction à peu près complète du murmure respiratoire de ce côté. Bruits du cœur obscurs et précipités s'accompagnant d'un léger bruit de soufflet avec le premier bruit. Plus tard, battements considérables au-dessus de la mamelle gauche, apparition d'une glande engorgée immédiatement au-dessus de la clavicule du côté gauche. Le malade mourut suffoqué, quelques jours après qu'on eut constaté la présence d'un frottement péricardiaque à la région du cœur.

Autopsie. — Le péricarde, qui était adhérent au cœur dans toute son étendue, était englobé dans une masse solide, formée de lobules irréguliers de la grosseur d'une noix; le cœur, d'un petit volume, était entouré à sa base par une couche de substance encéphaloïde, qui avait atrophié les oreillettes. *L'oreillette gauche, en particulier,* n'avait pas le volume d'un œuf de pigeon, et elle était bosselée à son intérieur par suite de la présence de nombreuses tumeurs encéphaloïdes. Il y avait également des masses cancéreuses dans l'épaisseur du ventricule gauche et des poumons. (A. Kilgour, *Lond. and Edinb. monthly journal,* octobre 1844.)

Une observation plus curieuse encore est celle qui a été rapportée par M. Cruveilhier, et dans laquelle il est question d'une masse cancéreuse développée dans l'intérieur de l'oreillette droite.

Obs. VII. — Un soldat âgé de 54 ans portait dans les deux régions parotidiennes jusqu'au larynx deux tumeurs de la grosseur de la tête d'un enfant à terme, celle de gauche plus volumineuse que celle de droite. Ces tumeurs gênaient beaucoup la respiration,

et l'articulation des sons était presque inintelligible. Cet homme, qui avait contracté plusieurs maladies vénériennes traitées par le mercure, faisait remonter à dix-huit mois seulement l'apparition de ces volumineuses tumeurs. La nutrition générale n'en était pas troublée. Il entra à l'hôpital le 20 février 1837, et mourut subitement le 22, après un repas assez copieux fait avec beaucoup d'appétit.

Autopsie. — Les deux tumeurs parotidiennes étaient cancéreuses; *l'oreillette droite était remplie par une masse cancéreuse lobulée qui se prolongeait, d'une part dans la veine cave inférieure, où elle se terminait par une extrémité également obtuse, et se prolongeait en outre dans l'orifice auriculo-ventriculaire, où elle offrait une surface globulée et remplissait l'espèce d'infundibulum que représente la valvule tricuspide.* Des tubercules nombreux occupaient le tissu cellulaire sous-séreux qui recouvre la veine cave ascendante et la partie ascendante de la crosse aortique. Ces tubercules étaient irréguliers, convexes et concaves, en sens opposé, pour se mouler sur les vaisseaux. (Cruveilhier, *Anatomie pathologique*, livr. 29.)

Il résulte de ce petit nombre de faits que la dégénérescence et les tumeurs cancéreuses des oreillettes sont presque exclusivement formées de tissu encéphaloïde; qu'elles entrainent à peu près l'atrophie des fibres musculaires avec lesquelles elles se trouvent en rapport. Une autre circonstance non moins constante, c'est l'adhérence des deux feuillets opposés du péricarde; soit que ces tumeurs occasionnent vers la membrane séreuse un travail inflammatoire, soit que la présence de ces adhérences soit une circonstance favorable à la déposition des matériaux cancéreux chez les sujets prédisposés ou déjà en proie à la diathèse cancéreuse. Presque toujours, en effet, elles coïncident avec des dépôts cancéreux dans d'autres parties du corps, et plus particulièrement dans les poumons. Il peut même arriver, comme on a pu le voir dans l'observation 6, que les dégénérescences des oreillettes sont le résultat de la propagation de la maladie dont sont atteintes les parties voisines, le médiastin par exemple. Le fait rapporté par M. Cruveilhier, relatif à cette masse cancéreuse trouvée

dans l'oreillette droite, soulève cependant une question importante. La matière encéphaloïde se serait-elle introduite par absorption? Ou bien le sang coagulé dans l'oreillette aurait-il subi la transformation cancéreuse? C'est ce qu'il nous est tout à fait impossible de décider. Les considérations que nous avons émises dans le chapitre précédent, à propos des tumeurs tuberculeuses, trouvent encore ici leur place. Les tumeurs et la dégénérescence cancéreuse des oreillettes ne sauraient être considérées d'un autre point de vue; elles sont également l'expression d'une infection générale, et leur gravité réelle est tout entière dans la situation particulière qu'elles occupent dans l'oreillette. Nous ne possédons pas plus pour ce genre de lésion que pour les tubercules des oreillettes, de signe pathognomonique et certain. On notera cependant que l'un des sujets dont nous avons rapporté plus haut l'histoire (obs. 7) est mort subitement, après un repas copieux, sans déchirure du cœur : nouvelle preuve de la possibilité des morts subites, par le seul fait de l'existence d'une altération profonde; c'est là un sujet entièrement neuf, sur lequel nous avons entrepris de nombreuses recherches, et qui fera le sujet d'un travail spécial.

§ IV. *Tumeurs hydatiques.*

De toutes les tumeurs des oreillettes, les tumeurs hydatiques sont les plus rares; nous n'en connaissons que deux exemples parfaitement authentiques (1) : le premier, rapporté par M. Dubreuil, dans les *Éphémérides médicales de Montpellier,* pour 1826. C'est l'autopsie d'un supplicié âgé de 56

(1) Il y a dans l'ouvrage de M. Bouillaud trois observations qui se rapportent peut-être à ce genre d'altération : *Obs.* 95. Vers l'origine des gros vaisseaux, *petites masses hydatiques*, chez un enfant de 16 ans. — *Obs.* 120. A la base du cœur, entre l'oreillette droite et l'aorte, masse hydatique, remplie d'un liquide un peu visqueux

ans, qui n'avait jamais éprouvé de maladie vers les organes de la circulation, et chez lequel on trouva des *cysticerques* dans la cavité de l'appendice auriculaire droite, au-dessous de l'endocarde; il y avait aussi des cysticerques dans les membranes d'enveloppe du cerveau. Le second, beaucoup plus complet, fait le sujet de l'observation suivante, que nous devons à l'obligeance de notre honorable confrère M. Depaul.

Obs. VIII. — Une femme de 23 ans, domestique, enceinte pour la première fois et à terme, accoucha le 22 janvier 1843, à une heure trois quarts du soir, et après un travail de vingt heures, d'un enfant pesant six livres et demie, à l'hôpital des Cliniques (service de M. le professeur Dubois). La nuit fut bonne; mais vers le matin il survint un petit frisson et une vive douleur au ventre. A la vérité, on nota beaucoup d'agitation, mais sans altération des traits; la langue blanche et humide; la soif très-vive; le ventre un peu développé, mais sans ballonnement et généralement douloureux, surtout au niveau de l'utérus; les parties génitales un peu gonflées et douloureuses; le périnée déchiré dans une assez grande étendue; le pouls à 128, très-développé et résistant; pas de chaleur à la peau; respiration régulière, 36 par minute; les lochies sanguines en quantité normale. Le 24, le ventre était plus souple et généralement moins douloureux; toutefois la région utérine était toujours le point le plus sensible; la peau était chaude et sèche; le pouls à 120, assez développé et résistant; lochies séreuses assez abondantes; seins un peu durs et développés. Tout d'un coup à dix heures trois quarts du matin, sans que rien d'extraordinaire se fût manifesté, la malade, s'étant placée sur son vase de nuit, s'écria qu'elle se trouvait mal; et au même instant elle tomba de son lit, entraînant avec elle un oreiller qui se plaça sous sa tête et qui amortit l'effet de la chute. On accourut pour la relever: elle était morte.

Autopsie. — Rigidité cadavérique très-prononcée; pas de lésion extérieure pouvant se rattacher à la chute; cerveau sain, de même

---

transparent; *quelques points semblables dans l'origine postérieure de l'oreillette gauche*, chez un sujet de 15 ans. — *Obs.* 132. Deux ou trois hydatides mobiles et *pédiculées*, adhérentes à la base de l'oreillette gauche, chez une femme de 49 ans.

que ses enveloppes ; rien de particulier dans la cavité abdominale, si ce n'est quelques plaques rouges à la surface extérieure de l'utérus, qui d'ailleurs était parfaitement sain. Péricarde développé et occupant plus de place que d'habitude dans la cavité de la poitrine, renfermant environ 250 grammes de sérosité citrine transparente. Cœur tapissé dans toute son étendue par une couche de sang coagulé, très-friable, d'un rouge assez clair, ayant 1 centimètre d'épaisseur. *A la partie postérieure de l'oreillette gauche existait une ouverture circulaire, à bords irréguliers, ayant environ* 3 *centimètres de diamètre. A cette ouverture se présentaient quelques lambeaux d'une pseudomembrane blanche et fragile ; quelques tractions firent sortir une poche volumineuse, de forme ovalaire, ouverte à l'une de ses extrémités et ayant les dimensions suivantes :* 9 *centimètres et demi dans son grand diamètre et* 8 *dans son diamètre transversal ;* la surface extérieure de cette poche hydatique était inégale, tomenteuse; sa surface interne au contraire parfaitement lisse. *De cette poche on fit sortir cinq hydatides, mais d'un volume beaucoup moins considérable que les précédents ; quatre de la grosseur d'une belle noisette ; une égalant à peine un grain de chènevis ;* elles étaient intactes. Impossible de dire si elles étaient placées à côté de la précédente ou renfermées dans sa cavité. Il s'échappa aussi par l'ouverture quelques fragments de sang coagulé. On crut d'abord que ces hydatides étaient renfermées dans la cavité de l'oreillette gauche ; mais un examen plus attentif fit reconnaître qu'il n'en était rien. En effet, on ne trouva dans cette cavité ni l'orifice auriculo-ventriculaire, ni les ouvertures des veines pulmonaires. Une petite déchirure verticalement dirigée existait à la paroi qui semblait correspondre à l'oreillette droite, mais, en réalité, elle conduisait dans l'oreillette gauche. Cette dernière était réduite à des proportions très-minimes, à ce point que les veines pulmonaires semblaient s'ouvrir directement dans le ventricule gauche. Il fut facile de reconnaître alors que *les hydatides s'étaient développées sous la séreuse qui recouvre l'oreillette gauche, qu'elles avaient repoussé la paroi correspondante de cette cavité.* Au moment de l'accident une double déchirure s'était produite, l'une faisant communiquer le péricarde avec la poche hydatique : l'autre, l'oreillette gauche, avec cette poche développée dans l'une de ses parois. (*Obs. communiquée par M. le Dr Depaul.*)

Cette observation semble indiquer que les hydatides déve-

loppées dans l'épaisseur de l'oreillette gauche appartenaient au genre *acéphalocyste*. Ces hydatides étaient au nombre de six, dont une en particulier avait des proportions considérables, 8 à 9 centimètres; ce qui nous porte à penser, quoiqu'on n'ait pu s'en assurer directement, que c'était là l'hydatide mère dans laquelle étaient renfermées les cinq autres (1). Ce kyste hydatique s'était développé sous la séreuse péricardiaque, et avait refoulé la paroi correspondante de l'oreillette, de manière à réduire à presque rien cette cavité. Cependant la malade ne s'était plainte de rien pendant son séjour à l'hôpital, ainsi que M. Depaul nous l'a assuré, et elle offrait tout l'aspect d'une bonne santé. Signalons encore la terminaison subite de cette maladie par la rupture de l'oreillette, rupture préparée de longue main par la distension et l'amincissement que la tumeur avait fait subir aux parois de cette cavité. Nul doute que les fatigues, les efforts de l'accouchement, n'aient contribué à précipiter le terme de la mort.

Nous rapprochons de cette observation le fait suivant que l'on doit à Dupuytren.

Obs. IX. — Une femme de 40 ans, d'une stature élevée et d'une belle conformation, mourut à l'hospice de l'École, et fut portée dans les pavillons de l'École de médecine. La tuméfaction des lèvres, leur couleur rouge et livide, l'injection des vaisseaux de la face, firent déjà soupçonner une maladie du cœur. Une leucophlegmatie générale occupait tout le tissu cellulaire sous-cutané. Les membranes séreuses qui revêtent les ventricules du cerveau, les

(1) Nous avons cru pendant quelque temps qu'on n'avait rien observé de pareil vers les ventricules; récemment nous avons découvert dans la thèse de M. Bouisson un fait qui ne peut laisser de doute à cet égard. Ce fait est relatif à un kyste acéphalocyste trouvé dans la pointe du ventricule gauche sur un sujet mort d'endocardite. Le kyste était rempli de membranes hydatid es logées dans une hydatide mère.

parois du thorax, celles de l'abdomen, étaient le siége d'autant d'hydropisies. Le péricarde contenait à lui seul une pinte de sérosité. Le cœur était d'un volume médiocre; ses cavités gauches, les vaisseaux qui en sortent ou qui s'y rendent, étaient dans leur état naturel, et les deux ventricules de volume semblable. *L'oreillette droite avait à elle seule un volume égal à celui des trois autres cavités réunies, et offrait à l'extérieur une dureté et une tuméfaction assez uniformes.* A l'ouverture de cette cavité, on trouva : 1° ses parois, épaisses de 1 pouce, formées supérieurement d'une matière jaunâtre, faiblement consistante, ayant l'apparence de la graisse, quoiqu'elle n'en contînt pas un atome et qu'elle fût composée presque entièrement d'albumine; inférieurement, elles contenaient une substance rouge et d'apparence fibrineuse. Toutes ces matières, provenant de la désorganisation des parois de l'oreillette, étaient exactement renfermées entre les membranes interne et externe. 2° *De la face interne et du côté droit de l'oreillette, s'élevaient plusieurs kystes recouverts par une membrane lisse; ils flottaient dans la cavité de l'oreillette qu'ils remplissaient presque entièrement.* Le plus petit avait 1 pouce de diamètre, et le plus grand, engagé dans l'orifice ventriculaire de l'oreillette, en avait 2 dans sa plus grande étendue, et 1 et demi seulement dans le sens opposé. Chacun d'eux avait des parois épaisses de 1 millimètre, une cavité isolée et remplie d'un liquide brunâtre, opaque et inodore, qui laissait précipiter par le repos une matière brunâtre sous forme de flocons albumineux; tous étaient recouverts par la membrane interne de l'oreillette, et s'étaient développés dans le tissu cellulaire. Les veines caves supérieure et inférieurere, poussées en arrière par la tumeur de l'oreillette, ne communiquaient avec elle que par un orifice étroit. Elles étaient distendues ainsi que leurs branches par une grande quantité de sang noir. Le reste du cœur était sain. (Dupuytren, *Journal de Leroux et Corvisart*, t. V.)

De quelle nature était cette dégénérescence des parois de l'oreillette droite? Était-ce bien de l'albumine ou plutôt de la matière tuberculeuse? L'observation manque de précision sur ce point. Toutefois nous serions assez disposé à croire à la dernière version. Rien n'est plus fréquent, en effet, mais surtout chez les animaux, que de rencontrer des hydatides et des tubercules mélangés dans les tissus; c'est même sur cette

circonstance que Baron a fondé sa théorie de la formation du tubercule. Quant à ces kystes flottants dans la cavité auriculaire, il est bien plus difficile d'affirmer ce que ce pouvait être ; si c'étaient des hydatides, c'étaient des hydatides altérées; car elles contenaient un liquide brunâtre opaque, et leurs parois étaient épaisses de 1 millimètre. Etaient-ce des kystes sanguins? Mais comment pouvaient-ils flotter dans la cavité de l'oreillette, et comment n'avaient-ils pas passé à l'état solide, ou ne s'étaient-ils pas rompus dans l'intérieur de cette cavité?...

(La suite au prochain numéro.)

NOTE SUR UN CAS DE TUBERCULISATION DES MÉNINGES, CHEZ UN ADULTE, AVEC RAMOLLISSEMENT ET APOPLEXIE CAPILLAIRE;

Par le Dr **VALLEIX**, *médecin de l'Hôtel-Dieu annexe, etc.*

Il n'y a que très-peu d'années, comme chacun sait, que la tuberculisation des méninges, à laquelle on a donné le nom de *méningite tuberculeuse*, est bien connue dans ses lésions et dans ses symptômes. Il n'est donc pas étonnant que plusieurs particularités intéressantes aient échappé à l'observation, et l'on trouvera sans doute, par la suite, de nombreux faits qui viendront compléter nos connaissances sur cette maladie si récemment connue. Celui dont on va lire loin les détails m'a paru avoir un intérêt réel : je ne connais pas, en effet, d'autre exemple d'apoplexie capillaire existant avec une tuberculisation de la pie-mère; et de plus, il est facile d'y suivre la succession des lésions, ce qui a quelque importance pour l'étiologie de l'apoplexie capillaire dans quelques cas.

Lorsque parurent les premières recherches sur la méningite tuberculeuse, qu'il conviendrait mieux, selon moi, d'ap-

peler *tuberculisation des méninges*, on put croire que cette affection ne se montrait que chez les enfants, parce que pendant un certain temps toutes les observations furent prises à l'hôpital des Enfants malades. Mais bientôt les recherches de M. Le Diberder (*Essai sur l'affection tuberculeuse aiguë de la pie-mère*, thèse; Paris, 1837) vinrent prouver que la tuberculisation des méninges peut se produire, avec des symptômes identiques, chez l'adulte, et, dans un mémoire publié dans ce journal même (*De la Méningite tuberculeuse chez l'adulte; Arch. gén. de méd.*, janv. 1831), je donnai une description, aussi complète que possible à cette époque, de cette affection, non pas nouvelle, mais simplement méconnue jusqu'alors, car on en trouve, dans les auteurs, plusieurs exemples qui n'avaient pas été convenablement appréciés. Depuis cette époque, les observations se sont multipliées, et, pour mon compte, outre les cas que j'avais vus dans différents hôpitaux, j'ai déjà eu, depuis cinq mois que je suis chargé d'un service à l'Hôtel-Dieu annexe, l'occasion de voir, chez les adultes, trois exemples bien évidents de terminaison de la phthisie par la tuberculisation des méninges. Mais, de ces trois exemples, il n'en est qu'un seul qui présente des particularités dignes de fixer l'attention des lecteurs des *Archives*, et c'est celui dont je vais donner l'observation.

OBSERVATION. — *Violente céphalalgie, stupeur, perte de l'intelligence, légère contracture, paralysie finale; pas de vomissements initiaux, fièvre continuelle; plaques tuberculeuses de la pie-mère, ramollissement jaune du cerveau, apoplexie capillaire.*

Le 9 mars 1846, est entré à l'Hôtel-Dieu annexe, salle Sainte-Marie, n° 30, le nommé Thouvenel (Jean), âgé de 39 ans, ébéniste.

L'état dans lequel se trouve le malade ne lui permet pas de répondre parfaitement aux questions. Les renseignements suivants ont été pris principalement auprès de sa femme, qui ne paraît avoir remarqué que d'une manière assez vague ce qui s'est manifesté dans l'état de son mari.

Nous apprenons qu'il n'a jamais présenté les attributs d'une constitution robuste, et que cependant, jusqu'à une époque qui remonte environ à un an, sans qu'il nous soit possible d'obtenir une réponse plus précise, le malade s'était généralement bien porté, et n'était pas plus sujet aux rhumes que tout autre individu. A l'époque dont il s'agit, il cracha une médiocre quantité de sang, dont les qualités n'ont pu être indiquées. Il dit que, depuis cette époque jusqu'à l'invasion de la maladie actuelle, il n'a pas toussé, et qu'il a continué à se bien porter, ce qui est confirmé par les renseignements pris auprès de sa femme.

Quelques jours avant le mardi gras, c'est-à-dire quinze jours environ avant son entrée à l'hôpital, il fut pris d'une toux fréquente et incommode. Peu de temps après, il cracha pour la seconde fois du sang en médiocre quantité, comme la première fois. A ces accidents vint bientôt se joindre un symptôme qui n'a pas cessé depuis, et qui consiste dans des douleurs de tête violentes, dont le siége principal a été toujours fixé vers le sommet de la tête. Une constipation opiniâtre a existé dès les premiers accidents. Interrogé plusieurs fois à cet égard, le malade affirme qu'il n'a pas eu de vomissements.

Ces symptômes allèrent en augmentant avec rapidité, de telle sorte qu'à la fin de février il fut obligé de suspendre ses travaux, et bientôt de garder le lit, qu'il n'a plus quitté jusqu'à son entrée.

Jusqu'au 7 mars, il n'a fait aucun traitement; il a seulement bu de la tisane. Le 7 mars, on lui a pratiqué une saignée.

État actuel, le 10 mars. Le malade est couché sur le dos, la face légèrement pâle, les yeux largement ouverts, fixes. Lorsqu'on l'interroge, on remarque que son regard est incertain. Les pupilles ne sont pas déformées; elles se contractent bien à une lumière peu intense.

Il se plaint principalement et presque exclusivement de douleurs vives dans la tête, et lorsqu'on lui demande d'en indiquer le siége, il porte constamment sa main sur la ligne médiane, à 2 ou 3 centimètres de la réunion des pariétaux avec le coronal. Le cuir chevelu est très-sensible, principalement dans ce point; la pression du bonnet y est insupportable, et le malade est obligé de rester la tête nue. Cette douleur est continue; il est impossible de savoir si elle offre des exacerbations. La pression exercée à l'aide du doigt, de chaque côté des vertèbres cervicales, ne détermine aucune douleur.

Poitrine. Le malade a beaucoup toussé pendant la nuit, qu'il

a passée sans sommeil. Ce matin encore, il tousse très-fréquemment. Les crachats sont pelotonnés, blanchâtres, opaques, privés d'air et rassemblés au fond d'un liquide clair, non mousseux, peu abondant. Dans la fosse sus-épineuse droite, la *percussion* fait reconnaître une matité prononcée. A gauche, dans la même région, il n'y a qu'une diminution du son difficilement appréciable. L'auscultation fait reconnaître à droite, dans le point occupé par la matité, une respiration caverneuse et une pectoriloquie évidentes; à gauche, dans le point correspondant, on trouve le bruit respiratoire dur, l'expiration prolongée et un retentissement de la voix assez marqué. En avant, on constate les mêmes phénomènes; partout ailleurs la poitrine ne présente rien de remarquable. Le cœur, examiné, est à l'état normal.

Voies digestives. La langue est bien tirée; elle présente un léger enduit blanc à son centre; elle est de couleur naturelle sur ses bords, humide et souple partout. Soif médiocre, appétit nul. Le malade, interrogé plusieurs fois à ce sujet, affirme qu'il n'a eu ni vomissements, ni envie de vomir. Le ventre est bien conformé; il a sa souplesse normale, il est indolent. La constipation est opiniâtre; le malade n'a pas été spontanément à la garde-robe depuis le début des derniers accidents.

La chaleur générale est notablement augmentée; légère moiteur. Le pouls est plein, un peu dur, difficile à déprimer, 120 à 124 pulsations. La sensibilité générale, examinée à l'aide du pincement, est conservée partout; elle n'est ni augmentée ni diminuée. En imprimant des mouvements aux articulations, en comprimant les muscles, on ne détermine aucune douleur.

(*Pectorale sucrée, julep avec sirop diacode* 30 *grammes, une pilule de* 3 *centigrammes d'extrait gommeux d'opium; une saignée de* 300 *grammes, pédiluve sinapisé le soir; diète.*)

Le 11 *mars.* Le malade a eu la même insomnie que la nuit précédente, les douleurs de tête n'ont pas diminué; l'état est resté le même sous tous les autres rapports; la constipation persiste.

(*Mêmes prescriptions; plus ipécacuanha* 1,50 *grammes, à prendre en une fois dans un demi-verre de tisane.*)

Le 12 *mars.* Le malade a vomi plusieurs fois et a eu plusieurs garde-robes liquides abondantes; mais tous les appareils et toutes les fonctions, examinés avec soin, sont dans le même état; il n'y a aucune amélioration.

Depuis le 12 *jusqu'au* 16 *mars*, l'état reste complétement stationnaire; le pouls se maintient à plus de 120 pulsations, avec les ca-

ractères indiqués plus haut. Le malade prend de l'*huile de ricin* à la dose de 35 grammes le 13, une bouteille d'*eau de Sedlitz* le 14, 5 centigrammes de *tartre stibié* le 15. Ces médicaments procurent des selles et des vomissements, sans aucun soulagement.

Le 16 *mars*. Les douleurs de tête ont notablement augmenté. Hier au soir il y a eu délire; le malade a dit à M. Bleu, interne, qu'il l'avait vu plusieurs fois dans la journée, ce qui n'était pas exact. Pendant la nuit, agitation, insomnie. La toux a été moins fréquente. Le malade a eu une selle liquide non provoquée.

Aujourd'hui la face, qui a conservé sa coloration primitive, offre un air d'étonnement et de stupeur plus marqué que jamais. Les pupilles sont bien conformées, elles sont notablement dilatées; mais elles se contractent avec énergie à une lumière peu intense. Le regard est toujours vague; les réponses sont lentes, courtes, mais justes. Immédiatement après, le malade parait ne plus s'occuper de ce qui se passe autour de lui. Même état de la sensibilité générale, de la circulation et des voies digestives.

Le 17 *mars*. Les douleurs de tête sont violentes et continues comme hier. Même état sous tous les autres rapports. Il n'y a pas eu de selles hier. (*Une bouteille d'eau de Sedlitz.*)

Le 19 *mars*. La tête est renversée en arrière; cependant il n'y a pas de roideur marquée des muscles du cou, car on peut facilement ramener la tête en avant. Les membres supérieurs sont maintenus fléchis; il ne faut employer qu'une force très-légère pour les étendre, et lorsqu'on dit au malade de se prêter à cette extension, on ne trouve plus la moindre résistance. Une pression peu forte exercée avec l'extrémité des doigts sur le tronc et sur les membres, détermine de la part du malade des plaintes et des mouvements pour s'y soustraire. C'est surtout à la face postérieur du tronc et dans toute l'étendue de cette partie que la pression est douloureuse. La sensibilité de la peau est conservée partout. Il n'y a aucun signe de paralysie; le malade distingue bien les personnes et les objets qui l'entourent.

La toux, qui avait notablement diminué, est redevenue fréquente; les crachats sont les mêmes. Insomnie complète. La fièvre est toujours forte. Même état pour tout le reste. — (*Mêmes prescriptions, plus 20 sangsues derrière les oreilles, et cataplasmes sinapisés aux mollets.*)

Le 20 *mars*. Aux symptômes observés hier, et qui n'ont éprouvé aucune amélioration notable, vient se joindre le suivant : l'hypogastre présente une tumeur globuleuse, formée par la vessie dis-

tendue qui s'élève jusqu'à l'ombilic. Cette tumeur est extrêmement douloureuse à la pression, et offre, non une matité complète, mais une véritable diminution du son, ce que l'on constate en percutant légèrement sur elle et autour d'elle. Le malade a uriné la nuit par regorgement. Le cathétérisme étant pratiqué, il sort une très-grande quantité d'urine (on est obligé de vider trois fois le crachoir dans lequel on la reçoit). On ne peut faire écouler ce liquide qu'en exerçant une pression permanente sur l'hypogastre. Dès qu'on cesse cette pression, il n'en sort plus du tout, et cela jusqu'à la dernière goutte. La sœur de la salle nous dit que le malade a été trouvé le matin mouillé par l'urine. Ce liquide a une légère odeur ammoniacale, sans autre altération appréciable par une simple inspection. (*Lavement purgatif, cataplasmes sinapisés aux jambes le soir.*)

Le 21 *mars.* Prostration extrême. Le malade paraît indifférent; il ne répond que quand on fixe son attention, et seulement par oui et non; parfois il ne répond pas. La fréquence du pouls a augmenté. Tous les autres symptômes, sauf la toux, qui a cessé, persistent avec la même intensité; tous les points du corps sont sensibles à la pression, et dans la même proportion que le 19 mars. (12 *sangsues derrière les oreilles, glace sur la tête, une saignée de* 200 *grammes, lavement huileux.*)

Après la visite, la sœur de la salle s'aperçoit, en changeant le malade, que le côté droit du corps ne fait pas de mouvement et que le bras retombe par son propre poids quand on le soulève. Les traits de la face sont détendus à droite, et la commissure gauche tirée fortement en dehors.

A neuf heures du soir, mort, sans qu'il soit survenu aucun autre symptôme.

Autopsie 26 heures après la mort.

Habitude extérieure. Maigreur notable, roideur cadavérique peu considérable.

Tête. La dure-mère ne présente aucune adhérence anormale; ses vaisseaux sont distendus par du sang liquide. Les glandes de Pacchioni sont nombreuses et volumineuses. L'ouverture de la dure-mère donne issue à environ deux cuillerées de sérosité claire et légèrement jaunâtre.

Pie-mère fortement injectée partout; ses vaisseaux sont distendus par du sang liquide. On la sépare partout du cerveau avec facilité et sans enlever aucune parcelle de substance cérébrale, sauf dans un point, où se trouvent les lésions suivantes. Vers le milieu de la

longueur de l'hémisphère gauche, et à 2 centimètres environ de la grande scissure, on trouve les membranes cérébrales, dans une étendue de 3 centimètres de long sur 2 de large, épaisses et complétement opaques. Au premier abord, et avant de les avoir enlevées, on croirait à l'existence d'une plaque de pus concret sous l'arachnoïde; mais, en poursuivant l'examen, on voit que la portion de membrane cérébrale malade pénètre profondément dans une anfractuosité, et que, dans toute cette étendue, la pie-mère est envahie par une multitude de productions blanches et opaques, ou d'un blanc grisâtre, et demi-transparentes. Ces productions, d'un volume qui varie entre celui d'un gros grain de chènevis et celui d'un grain de millet, sont surtout abondantes autour des vaisseaux, auxquels elles forment une gaîne, de telle sorte qu'un petit vaisseau veineux, qui a été extrait de la partie la plus profonde de la circonvolution, avait des parois blanches, épaisses d'un millimètre environ, et se tenait plus roide et plus béant qu'une artère d'un certain volume.

Des productions morbides que je viens d'indiquer, les plus grosses sont celles qui sont blanches et opaques, les plus petites sont celles qui offrent une couleur grisâtre et demi-transparente. Les premières laissent presque toutes échapper, quand on les écrase sous le doigt, une matière d'un blanc jaunâtre, de consistance caséeuse, et après cette élimination, il reste comme une coque formée de matière grisâtre et demi-transparente. Les autres résistent à la pression, et lorsqu'on parvient à les écraser, il reste un détritus homogène.

Ces productions, évidemment de nature tuberculeuse, se retrouvent, mais en moins grande quantité, dans la grande scissure, sur l'hémisphère gauche principalement. Les grosses granulations blanches y sont surtout rares, et l'altération va en diminuant à mesure qu'on approche des parties profondes.

Dans les deux scissures de Sylvius, on trouve aussi des granulations; mais elles y sont partout petites, grises, demi-transparentes et disséminées çà et là, principalement le long des vaisseaux.

Enfin, dans plusieurs autres points de l'étendue de la pie-mère, on voit des granulations semblables à ces dernières, mais en petit nombre.

En écartant les circonvolutions qui circonscrivent l'anfractuosité où se trouvait la plaque tuberculeuse précédemment décrite, on trouve dans la partie la plus profonde la substance cérébrale d'un jaune-serin, et l'on voit une petite déchirure qui paraît avoir

été faite en enlevant les membranes cérébrales malades. Après avoir enlevé les deux circonvolutions avec l'instrument tranchant, on voit qu'elles ne participent à cet état que tout à fait à leur base, et du côté du cerveau on observe ce qui suit : la couleur jaune s'étend sur une surface de près de 5 centimètres dans son plus grand diamètre, qui suit la direction de l'anfractuosité, et de 4 centimètres dans le plus petit. Un filet d'eau versé sur cette partie n'enlève pas le tissu cérébral, si ce n'est dans le point occupé par la déchirure, où l'on voit la substance du cerveau se soulever et flotter dans l'eau qui s'écoule, sous forme de houppes d'un blanc légèrement grisâtre. Cependant, à l'aide de la pression, on reconnaît que toute la partie jaune est beaucoup moins résistante que le tissu environnant. Après avoir enlevé dans ce point une lame de cerveau de l'épaisseur d'un centimètre environ, on trouve une quantité considérable de taches de la grandeur de 3 à 4 et 5 millimètres, comme appliquées avec un pinceau, de couleur rouge sombre, manifestement formées par du sang infiltré. On enlève encore une lame très-mince de substance cérébrale, et l'on voit que ces taches pénètrent dans le tissu cérébral à une profondeur égale à peu près au diamètre qui vient d'être indiqué : en les écrasant entre les doigts, on obtient un détritus semi-liquide, de couleur de sang; mais aucune ne présente ce liquide épanché dans un foyer, et on ne voit aucun caillot. Au milieu et autour de ces grandes taches, il existe un pointillé très-abondant, formé de petites taches semblables, dont le volume varie à l'infini. Le tout forme une surface de 2 centimètres environ, au milieu du tissu jaune ramolli. Enfin, après avoir enlevé une nouvelle lame, un peu plus épaisse, on voit qu'il reste au-dessous des taches qui viennent d'être décrites une épaisseur peu considérable de tissu jaune et ramolli, comme celui qui les recouvrait et les entourait; de sorte qu'elles étaient au milieu même du ramollissement. Ce ramollissement s'étend à une profondeur telle qu'il approche du ventricule latéral gauche d'un peu moins d'un centimètre.

Dans tous les autres points, la substance cérébrale examinée avec grand soin a présenté sa couleur et sa consistance normales.

Poitrine. Le poumon gauche ne présente pas la moindre adhérence dans toute son étendue. Au sommet, on trouve une quantité considérable de granulations grises demi-transparentes, tantôt disséminées, tantôt réunies en groupe; le tissu qui les entoure est rouge et résiste à la pression. Çà et là on trouve des tubercules plus gros (du volume d'un pois environ), blancs, opaques, et contenant

dans leur intérieur un noyau jaunâtre, qui se laisse très-facilement écraser. Il n'y a pas la plus petite excavation.

A droite, adhérences nombreuses de tout le lobe supérieur à la paroi thoracique; ces adhérences sont blanches, serrées, résistantes. Ailleurs il n'en existe pas. Tout à fait au sommet, on trouve une excavation capable de loger un œuf de pigeon; elle contient une matière demi-liquide, couleur lie de vin. Les parois de cette caverne ne présentent point de membrane kysteuse apparente; elles sont veloutées et ont la même consistance que le tissu environnant. Tout le lobe supérieur contient, en outre, des granulations et des tubercules semblables à ceux que nous avons trouvés dans le gauche, mais en beaucoup plus grande abondance, surtout dans sa moitié supérieure, où il en est farci; le tissu du poumon qui les entoure est ferme et rouge.

Partout ailleurs, les poumons sont exempts de tubercules; leur lobe inférieur est mollasse, peu crépitant, et contient beaucoup de matière sanguinolente. Le lobe moyen est sain.

Le cœur contient une assez grande quantité de sang noir; il est d'un médiocre volume; ses orifices, examinés, ne présentent rien d'anormal.

Abdomen. Le tube intestinal n'offre rien de remarquable. On trouve des matières fécales solides dans le gros intestin. Trois ou quatre ganglions mésentériques présentent de la matière tuberculeuse, ramollie. La vessie remonte jusqu'à deux travers de doigt de l'ombilic; elle contient environ un litre d'urine.

Le foie et les autres organes sont sains.

Résumé. — Un homme de 39 ans, qui, sans paraître d'une constitution bien robuste, n'était point habituellement maladif, et même, suivant son témoignage et celui de sa femme, s'était toujours bien porté, eut, il y a environ un an, une première hémoptysie peu abondante, à la suite de laquelle sa santé ne fut pas suffisamment altérée pour attirer son attention. Il était dans son état de santé ordinaire, lorsque environ quinze jours avant son entrée à l'hôpital, il eut une nouvelle hémoptysie également peu abondante, mais suivie d'une toux fréquente, et peu de temps après d'une céphalalgie ayant son siége au sommet de la tête, et remarquable par sa violence et sa persistance.

A son entrée à l'hôpital, le 9 mars, il présente les signes d'une phthisie pulmonaire assez avancée, surtout à droite où l'on constate l'existence de la respiration caverneuse et de la pectoriloquie, et de plus, des symptômes cérébraux, dont les principaux sont l'air étonné, la stupeur, les réponses lentes, ainsi qu'une fièvre assez violente et une insomnie presque complète. Du côté du tube digestif, on remarque la constipation opiniâtre et l'absence des vomissements.

Jusqu'au 16 mars, l'état reste sensiblement le même; ce jour-là les douleurs de tête ont augmenté, et il survient un peu de délire qui disparait lorsqu'on fixe l'attention du malade par un interrogatoire précis.

Le 19 mars, il se joint aux symptômes précédents le renversement de la tête en arrière, la flexion des membres supérieurs, et une sensibilité à la pression assez grande, dans toutes les parties du corps, mais surtout considérable à la face postérieure du tronc. Le même jour, la toux, un moment diminuée, reprend sa fréquence.

Enfin, le 20 mars, veille de la mort, on observe la paralysie de la vessie, et douze heures environ avant la terminaison fatale, on constate l'existence de la paralysie du bras et de la face du côté droit.

A l'autopsie, on trouve des tubercules en grand nombre dans les deux poumons, et une excavation assez considérable vers le sommet du poumon droit; mais c'est la cavité crânienne qui présente les altérations les plus intéressantes. Ce sont de nombreuses granulations tuberculeuses occupant toute la pie-mère contenue dans une anfractuosité, et donnant à cette membrane la forme d'une plaque épaisse et résistante; d'autres granulations disséminées dans les diverses parties de la pie-mère, et principalement dans les scissures de Sylvius; enfin, dans le point correspondant à la plaque tuberculeuse méningienne, au fond de l'anfractuosité, un ramollissement

jaune de la substance cérébrale, contenant, dans son milieu, une apoplexie capillaire des plus prononcées.

Réflexions. — Il est très-fâcheux qu'on n'ait pas pu avoir des renseignements plus précis sur le début de la phthisie pulmonaire, et surtout sur l'état de santé qui a existé pendant un an, avant la seconde hémoptysie et l'apparition des maux de tête. Il est, en effet, difficile, je dirai même impossible de penser que les granulations tuberculeuses, si abondantes et à un degré si avancé, qui existaient dans une circonvolution, ne soient pas antérieures à ces derniers accidents. Il n'est nullement inadmissible, au contraire, que le développement de ces granulations remonte à une époque assez éloignée sans avoir produit de symptômes, et l'on conçoit facilement, dans cette manière de voir, que la lésion méningienne ait fini par déterminer le ramollissement adjacent, auquel on doit rapporter les premiers accidents cérébraux, puis l'apoplexie capillaire qui rend compte de la paralysie survenue peu de temps avant la mort. Relativement à la succession des deux premières lésions, c'est-à-dire des granulations tuberculeuses et du ramollissement, je n'émets pas une simple hypothèse; car, si l'on consulte les faits rapportés par les observateurs et en particulier par M. Le Diberder, on voit que la paralysie, qui se montre quelquefois, survient toujours à une époque voisine de la mort, et lorsque l'existence des granulations est déjà manifeste depuis longtemps.

J'ai dit que l'apoplexie capillaire a succédé au ramollissement cérébral; cela me paraît démontré par la succession des symptômes. Jusqu'aux deux derniers jours, en effet, il n'en est aucun qu'on puisse rapporter à une apoplexie, tandis qu'à la fin, la paralysie de la vessie, et bien plus encore, celle du bras et de la face, appartiennent plus particulièrement à cette maladie. Je sais bien qu'il résulte des recherches récentes, et principalement de celles que nous devons à M. Du-

rand-Fardel, qu'il n'est pas rare de voir le ramollissement donner lieu aux symptômes brusques attribués exclusivement à l'hémorrhagie cérébrale par les auteurs antérieurs; mais l'analyse de l'observation ne permet pas de penser que, dans ce cas, les choses se soient passées ainsi. La douleur fixe, éprouvée par le malade dans un point circonscrit de la tête, la douleur à la pressiou dans les autres parties du corps, le délire, la stupeur, l'obtusion de l'intelligence, sont des symptômes qui ont existé plusieurs jours avant l'apparition de la paralysie, et qui s'expliquent très-bien par le ramollissement. Puis, comme phénomène presque ultime, vient cette paralysie, qui trouve une explication tellement naturelle dans l'infiltration sanguine du cerveau, qu'on n'a aucun motif de l'attribuer à l'augmentation brusque du ramollissement, qui, d'ailleurs, n'était point parvenu à un degré extrême. Si, comme je le crois, tel a été le rapport des lésions et des symptômes, on aurait, dans ce cas, un ramollissement et une infiltration sanguine consécutive, causés par la présence d'une grande quantité de granulations tuberculeuses, soit que ces granulations n'aient agi qu'en irritant la substance cérébrale voisine, soit que leur présence ait causé dans la circulation de cette partie du cerveau une gêne, un trouble, dont ces altérations auraient été la conséquence, soit, ce qui me paraît le plus probable, que ces deux causes aient agi concurremment.

J'ai cru devoir insister sur l'apoplexie capillaire survenue dans les derniers moments, parce que, je le répète, dans aucune des observations qui sont venues à ma connaissance je n'ai vu rien de semblable; ce fait présente donc un intérêt réel sous ce rapport.

Il en présente aussi sous quelques autres qu'il est important de signaler. Je ne parlerai pas des antécédents, parce que, malgré mes efforts, les renseignements qui nous ont été donnés n'ont été ni assez nombreux ni assez précis : ainsi, je me garderai bien de regarder comme démontrée la for-

mation de la caverne considérable trouvée dans un poumon, en l'absence des principaux symptômes de la phthisie; il est plus que probable, en effet, que l'insouciance du malade lui a fait accorder peu d'attention à des symptômes qui, suivant une marche lente, n'avaient sans doute qu'une médiocre intensité; mais j'appellerai l'attention sur certains points qui sortent entièrement de la règle ordinaire.

Le malade n'a eu spontanément ni envie de vomir, ni vomissements; or, c'est là un fait qui paraîtra bien remarquable, si l'on se rappelle que, d'après les recherches de M. Le Diberder (car je ne veux parler ici que des adultes), le vomissement, au début et dans les premiers jours, est un symptôme constant.

En second lieu, je dois signaler la continuité de tous les symptômes. Dans les cas rassemblés par M. Le Diberder, et dans quelques-uns de ceux que j'ai eu occasion d'observer, il y avait toujours eu, d'abord un début marqué par des symptômes violents, puis, à une époque variable, une rémission de plus ou moins longue durée, et enfin apparition des derniers symptômes constituant une exacerbation considérable, surtout par l'accélération du pouls qui, jusque-là, n'avait nullement existé.

Cette dernière réflexion me conduit naturellement à constater chez notre malade cet état constamment exceptionnel du pouls; car, chez lui, il a été, pendant tout le temps du séjour à l'hôpital, à plus de 120 pulsations, ce qui ne se montre ordinairement, comme je viens de le dire, que dans les deux ou trois derniers jours : il en est de même de la chaleur de la peau, de l'agitation, en un mot, des symptômes qui constituent l'état fébrile. Du 10 au 21 mars, cet état fébrile s'est montré avec la même intensité, et il est bien probable qu'il existait déjà depuis quelque temps avant l'entrée du malade, si même il n'a pas commencé avec les premiers accidents.

REVUE GÉNÉRALE.

Pathologie et thérapeutique médico-chirurgicales.

Fièvres intermittentes (*Sur les types principaux des*); par le Dr Nepple. — C'est une chose assez remarquable que les variétés que présentent les types des fièvres intermittentes sous différentes latitudes. Ainsi il résulte des relevés de M. Maillot que les fièvres quotidiennes sont les plus communes en Algérie (2,181 sur 3,114 ou les $^2/_3$), tandis qu'à Montluel, dans le département de l'Ain, l'auteur a compté, sur 954 fièvres intermittentes, 443 quotidiennes, 420 tierces, 291 quartes; d'où il suit que les fièvres quotidiennes et les fièvres tierces sont presque aussi fréquentes. D'un autre côté, tous les auteurs qui ont observé les fièvres d'accès dans les pays du Nord, Starck, Cullen, Van Swieten, etc., s'accordent à regarder le type tierce comme le plus fréquent. Ces différents types ne trouveraient-ils pas leur raison d'être dans quelques circonstances appréciables à l'observation? telle est la question que s'est posée M. Nepple. Suivant lui, le type quotidien paraît dépendre moins de l'action des miasmes paludéens que des causes accessoires. Le type tierce, au contraire, lui semble tenir principalement à l'intoxication marécageuse, dont l'influence est encore plus spéciale sur l'invasion de la fièvre quarte. Contrairement à l'opinion de M. Maillot, l'auteur pense que la saison et le type de la fièvre ont une influence très-certaine sur l'époque de l'invasion des accès; les fièvres quotidiennes et tierces, quand elles sont récentes et compliquées d'irritation gastro-hépatique, débutent presque toujours de huit à dix heures du matin pendant les chaleurs. Lorsqu'elles sont rémittentes, les paroxysmes reviennent ordinairement après midi. Plus la fièvre se prolonge et prend d'intensité, plus aussi le retour des accès s'éloigne de la matinée. Certaines fièvres vont en devançant, d'autres en retardant; celles dont les accès devancent ont plus de tendance à devenir graves en passant au type rémittent, à la continuité. Dans cette catégorie se trouvent les fièvres subintrantes. Enfin la durée de la fièvre, son état de simplicité ou de complication, le changement des saisons, des climats, apportent constamment quelques variations dans les

heures de retour des accès : la fièvre quarte serait la moins variable ; car M. Nepple l'a vue débuter constamment de midi à cinq heures du soir. (*Journ. de méd. de Laon*, décembre 1845.)

Épilepsie (*Obs. d'— due au séjour pendant six ans d'une balle dans le cerveau*); par M. Neimeyer, à Halle.— Un homme de 64 ans, d'une bonne constitution, essaya, il y a six ans, de se suicider en se tirant un coup de pistolet dans la bouche ; il tomba, mais ne perdit pas connaissance. La balle perfora la voûte palatine, et bientôt la perforation donna issue à une matière sanieuse, fétide, et quelquefois sanguinolente. On remédia par un obturateur aux difficultés qui en résultèrent dans l'action de manger ou de parler, mais le sens de l'odorat resta aboli. Il ne survint pas de symptômes cérébraux, et au bout de trois mois d'un traitement peu énergique, cet homme était si bien rétabli qu'il pouvait vaquer à ses occupations. Il ne lui resta d'autre incommodité qu'une disposition à d'assez violentes congestions cérébrales, accrues de temps en temps par l'apparition d'une violente douleur, avec sentiment de compression dans un point déterminé du sommet de la tête. Ce ne fut que six mois après la blessure qu'il survint une violente attaque d'épilepsie : celle-ci n'avait pas été précédée d'un *aura*, mais bien de vives douleurs de tête qui durèrent plusieurs jours. Ces attaques furent très-fréquentes dans la première année, puis elles diminuèrent de violence et de nombre ; toutes présentèrent cette particularité, c'est qu'au début de l'accès le malade tombait toujours en avant sur le visage, si bien qu'une fois il se fractura les os propres du nez. Plus tard il survint graduellement de la surdité, sans otite préalable. A la fin, les accès épileptiques n'arrivaient que tous les deux ou trois mois, dans l'intervalle desquels le malade se porta assez bien pendant six mois et demi. C'est alors qu'il fut pris de catarrhe pulmonaire. Bientôt il survint une infiltration générale, de l'œdème des poumons, etc. C'est à la suite de ces maladies qu'arriva la mort.

A l'autopsie, on trouva que la dure-mère offrait, dans l'un de ses points au lobe antérieur de l'hémisphère gauche, une apparence aplatie et ridée dans l'étendue de 5 à 6 centimètres, comme si au-dessous d'elle la substance cérébrale était très-ramollie ou manquait complétement. Cette membrane, très-facile à détacher dans les autres parties, était également en ce point extrêmement adhérente de façon qu'on ne pouvait la détacher de l'arachnoïde sans intéresser le cerveau. La portion du cerveau qui y cor-

respondait était un peu affaissée, et paraissait plus molle que dans l'état normal. Lorsqu'on procéda à l'extraction du cerveau, la balle tomba et roula sur la base du crâne. Un examen attentif permit de voir que la balle avait suivi le trajet suivant : Après avoir perforé la voûte palatine, elle pénétra à travers les fosses nasales jusqu'à l'os ethmoïde, perfora la lame criblée en brisant l'apophyse *crista galli* dans sa partie postérieure, pénétra dans la cavité cérébrale en passant entre les deux lobes antérieurs, en appuyant davantage sur le lobe gauche et traçant un sillon dans sa substance, et alla se loger à 5 ou 6 lignes de la surface du cerveau dans une cavité qu'elle avait formée aux dépens de la substance corticale. La perforation de la lame criblée était très-apparente, et pouvait admettre la pulpe du petit doigt. Les autres lésions de l'os ethmoïde étaient dissimulées par des exsudations plastiques et celluleuses. Le canal que la balle avait ainsi creusé était tapissé par une exsudation couenneuse, en dehors de laquelle on apercevait dans la substance cérébrale quelques points légèrement ramollis; mais il n'y avait pas d'autres lésions. La cavité qui renfermait la balle ne contenait pas de kyste bien caractérisé; ce n'est que lorsqu'on eut fait macérer le cerveau dans l'alcool pendant quatre jours que l'exsudation qui la tapissait apparut en forme de membrane. Les divisions du nerf olfactif avaient déjà été fortement lésées dans le trajet de la balle à travers la lame criblée; les troncs nerveux eux-mêmes étaient atrophiés et réduits à un moignon de 2 lignes de longueur. Toutes les autres parties du cerveau étaient à l'état normal. La balle était déchirée et contenait une grande quantité de fragments osseux qu'on enlevait facilement. (*Mediz. Zeitung. v. Verein. Heilk. in Preussen*, 1845, n° 7.)

Encéphalite aigue (*Symptômes de catalepsie dans un cas d'*); par le docteur W. R. Basham. — Une domestique âgée de 20 ans, pâle et chlorotique, mais bien développée, entra à l'hôpital de Westminster le 15 février dernier, pour se faire traiter d'une aménorrhée qui durait depuis cinq mois. Les règles étaient décolorées; leucorrhée abondante; lassitude et faiblesse générales; flatuosités; palpitations de cœur; sensation de globe hystérique; constipation. Six jours après son entrée, elle commença à se plaindre d'une céphalalgie occipitale et sincipitale, qui fut accompagnée, pendant les trois jours suivants, de constriction à la gorge et de quelques mouvements convulsifs de la face. Le onzième et le dou-

zième jour, la céphalalgie était telle que la malade appuyait continuellement la tête sur ses mains. Cependant elle n'était pas alitée; elle se promenait dans les salles, et s'occupait. Le treizième jour, accès convulsif qui présentait les caractères d'un accès d'hystérie; cet accès dura cinq ou six heures, et fut suivi d'une rigidité tout à fait cataleptique des membres, auxquels on pouvait donner tous les mouvements qu'on voulait; les yeux étaient fixes et sans expression, les pupilles immobiles, l'insensibilité complète; le pouls à 80, modérément plein; la respiration calme, le ventre ballonné. Le quatorzième jour, la tonicité des muscles persistait; sueurs abondantes, déglutition imparfaite. Le quinzième jour, même état; cependant dans la soirée, les membres tombèrent dans la résolution, et la malade put avaler. Le seizième jour, même état d'insensibilité générale. Pouls à 130, 28 respirations aussi régulières et aussi faciles que pendant le sommeil; évacuation involontaire. Cet état se prolongea sans beaucoup de modifications jusqu'au dix-neuvième jour, où la malade s'éteignit graduellement et sans convulsions.

Autopsie. — L'arachnoïde était opaque, le tissu cellulaire sous-arachnoïdien infiltré de sérosité. Le sinus latéral gauche, depuis le pressoir d'Érophile jusqu'à son premier coude, était rempli par un caillot ferme et dense, qui lui donnait une forme arrondie. A la partie inférieure du lobe moyen du cerveau, du côté gauche, on apercevait une tache d'un rouge vif, indice d'une violente inflammation. Le centre de cette tache était coloré en brun-chocolat, et la teinte allait en s'affaiblissant jusqu'au rouge-garance. Dans ce point, la pie-mère était fortement injectée, et la substance cérébrale était molle et pulpeuse. Par une section pratiquée sur cette portion de substance cérébrale, on mit à découvert une pulpe molle d'un rouge foncé, parsemée d'un grand nombre de petits points rouge brun qu'on ne pouvait faire disparaître ni par le frottement ni par le lavage; par le grattage, on détachait des plus gros un peu de fibrine coagulée. Les lobes antérieur et postérieur, aussi bien que le lobe moyen du côté droit, ne présentaient aucune altération pathologique; le corps calleux était intact; les ventricules contenaient un peu de sérosité; les couches optiques offraient une coloration rouge brun et les mêmes altérations que la portion enflammée du lobe moyen; de même du corps strié du côté gauche. Immédiatement au-dessus des tubercules mamillaires de l'origine du faisceau antérieur de la cloison, il y avait une plaque de ramollissement d'un beau jaune. (*London med. gaz.*, mai 1845.)

Le défaut d'espace nous empêche de commenter longuement cette intéressante observation ; nous nous bornons à appeler l'attention sur les points principaux qu'elle présente :

1° Le développement d'une inflammation cérébrale chez une femme jeune et dans un état d'anémie très-avancé;

2° La complication hystérique (globe pharyngien, céphalalgie, etc.);

3° La persistance du paroxysme cataleptique pendant trois jours, n'alternant pas avec des accidents convulsifs, ainsi que cela arrive ordinairement dans le cas de maladie du cerveau ;

4° L'absence de toute cause prédisposante et des symptômes qui annoncent le plus souvent une détermination vers l'encéphale.

Fongus de la dure-mère (*Obs. d'un — qui a pénétré dans le ventricule latéral du cerveau*); par le Dr Bird Herapath.— Une dame de 66 ans fit appeler l'auteur, le 1er février 1845. Elle était affectée de vertiges, de douleurs dans le côté gauche de la tête, de troubles de la vue ; en outre, elle avait un peu d'engourdissement dans le côté droit du corps; la langue était sale, couverte d'un enduit jaunâtre, épais; nausées; constipation rebelle; pouls à 80, modérément plein. Quelques purgatifs parurent d'abord la soulager. Cependant la douleur de tête persistait, et bientôt après elle tomba dans le coma. Le 6 au matin, elle resta pendant plusieurs heures dans un état léthargique : quand l'auteur alla la visiter, tous les symptômes avaient pris une intensité remarquable; les pupilles étaient dilatées et complétement insensibles à tous les excitants. La malade était plongée dans un état de sommeil profond, dont on ne pouvait la tirer, et le bras droit était convulsivement fléchi. Pendant cinq jours, son état ne présenta aucune modification ; mais le sixième, l'amélioration était des plus remarquables; elle avait repris connaissance, s'occupait de ce qui se passait autour d'elle, et quoique incapable de répondre aux questions, elle les entendait et comprenait parfaitement. La langue n'était pas déviée; les pupilles étaient dilatées, mais mobiles. Elle avalait assez facilement, quoiqu'elle se plaignît de la sécheresse de la langue et de la gorge. Le côté droit du corps, encore paralysé, avait perdu sa roideur, et l'introduction d'une aiguille était sentie par la malade. Quand on lui demandait où elle souffrait, elle portait la main gauche (la seule qu'elle eût libre) à la partie postérieure du côté gauche de la tête, au niveau de la protubérance pariétale. L'amélioration fit des progrès; peu à peu la malade recouvra la

parole et l'usage du côté droit de son corps. Au bout d'un mois, elle pouvait s'asseoir et marcher, en s'appuyant sur quelqu'un. Au mois d'octobre suivant, elle fut prise de douleurs lancinantes dans le côté gauche de la face, de la tête, et de la partie postérieure du cou, avec affaiblissement de la vue du même côté. Ces douleurs étaient si vives, qu'elles lui ôtaient l'usage de ses sens, et l'empêchaient de s'occuper de quoi que ce fût. Cependant elle ne se plaignait ni de paralysie, ni d'engourdissement. Quand elle voulait saisir un objet avec la main droite, il lui fallait quelquefois plusieurs minutes: non pas que la main et les muscles du bras lui fissent défaut, mais parce que le pouvoir directeur lui manquait; et pour peu qu'on détournât son attention, elle laissait tomber les objets qu'elle tenait à la main. De temps à autre, elle avait des vertiges; et elle fût tombée, si elle n'eût été soutenue. Pendant les deux mois suivants, elle commença à perdre la parole et l'usage de ses facultés intellectuelles: il semblait que la volonté n'était plus servie, comme jadis, par des organes obéissants. Elle se trompait d'expression, ou même articulait des mots sans suite; puis la paralysie envahit successivement la jambe droite et le bras du même côté. La langue et la face ne présentèrent cependant jamais de paralysie. Elle mourut le 30 janvier, après onze jours d'un état apoplectiforme, juste un an après le développement des premiers accidents.

Autopsie. — Une large tumeur naissait de la dure-mère, au niveau de la protubérance pariétale du côté gauche, et pénétrait dans la substance du cerveau, refoulant devant elle les circonvolutions, dont elle avait déterminé le ramollissement et l'atrophie. Cette tumeur fut énucléée facilement avec le manche du scalpel. Elle était molle et demi-élastique, renfermée dans une membrane séreuse mince, qui lui était propre. Elle avait 2 pouces et demi de long, 2 pouces de large, et 1 pouce et demi de profondeur. Elle pesait 2 onces. Elle occupait le lobe moyen et postérieur de l'hémisphère gauche, et pénétrait dans l'étage inférieur du ventricule latéral. Elle était formée de deux tumeurs, jointes l'une à l'autre par un pédicule étroit et mince, dont l'une pouvait avoir $\frac{5}{8}$ de pouce d'épaisseur à son centre. C'était celle qui s'était développée dans la dure-mère. Ensuite elle avait percé l'arachnoïde dans un point, et présentait là le rétrécissement qui constituait le pédicule. Au delà se trouvait la partie renflée qui avait pénétré dans les circonvolutions. Soumise à une section longitudinale, elle offrait un aspect varié : là des portions plus dures, d'un blanc jaunâtre, sem-

blables à du tubercule cru qui commence à se ramollir; là des portions ramollies et offrant l'aspect de la substance cérébrale ramollie, bref tous les caractères qui appartiennent à la matière encéphaloïde. (*The Lancet*, mars 1846.)

Apoplexie pulmonaire (*Observ. d' — suivie de rupture de la plèvre et d'épanchement de sang dans la cavité thoracique*); par le Dr Robert Paterson. — Le 30 janvier dernier, l'auteur fut appelé auprès d'une femme de 37 ans, d'une santé habituellement bonne. Cette femme était mariée à un homme qui menait une conduite très-déréglée, et qui, cinq jours auparavant, l'avait frappée violemment; depuis cette époque, elle s'était plainte d'une vive douleur dans le côté droit de la poitrine, douleur qu'elle rapportait aux coups qu'elle avait reçus de son mari, et dont l'intensité était telle qu'elle prit à diverses reprises une certaine quantité d'opium. Lorsque le Dr Paterson arriva près d'elle, il la trouva assise sur le bord de son lit, la face pâle, décolorée, la peau froide et visqueuse, le pouls presque imperceptible; elle parlait à peine, et, d'une voix éteinte, elle accusait de la douleur du côté droit, et plus particulièrement dans un point situé au niveau de la septième côte, immédiatement au-dessus de l'extrémité cartilagineuse de la huitième; cependant on n'apercevait, dans ce point, ni gonflement ni changement de coloration de la peau; la pression y était extrêmement douloureuse; mais on reconnut qu'il n'y avait point de fracture. La résonnance de la poitrine était généralement bonne; dans le point douloureux, on ne put s'en rendre compte, car la percussion donnait lieu aux douleurs les plus atroces; la respiration était fréquente, mais normale des deux côtés; un peu de toux; les battements du cœur très-faibles. La malade resta dans le même état le lendemain et le surlendemain. Le 2 février, les symptômes étaient beaucoup plus graves; douleurs plus vives; respiration plus laborieuse; râle muqueux plus abondant dans la poitrine; toux fatigante sans expectoration; le 3, on constata à la partie inférieure du thorax une matité prononcée, et aux limites de cette matité, de la résonnance égophonique de la voix. Sans entrer dans plus de détails, nous dirons que deux jours après, la matité avait envahi toute l'étendue du côté droit de la poitrine; que le murmure respiratoire avait complétement disparu, et que le cœur battait à 2 pouces en dehors et à gauche de sa situation normale; en même temps la difficulté de respirer était telle que la malade restait constamment assise sur

son lit, et ne pouvait exécuter un mouvement sans être prise de suffocation. L'opération de l'empyème était nettement indiquée : elle fut pratiquée, et donna issue à 16 onces d'un liquide sanguinolent qui se sépara immédiatement, par le repos, en sérosité, 11 onces, et en caillots, 5 onces. L'opération n'amena aucun changement dans l'état de la malade, et dix-huit heures après, elle s'éteignit graduellement, 17 jours environ après l'invasion des premiers accidents. Les facultés intellectuelles restèrent intactes jusqu'aux derniers moments.

Autopsie. — Le cadavre avait l'aspect de ceux des individus morts anémiques, et il y avait une ecchymose dans l'épaisseur de la paupière inférieure gauche. La peau, les muscles, les os, et le tissu cellulaire de la peau de la poitrine n'offraient rien de particulier. La cavité thoracique droite renfermait six pintes d'un liquide sanguinolent, dans lequel on n'apercevait pas de caillots flottants, mais qui étaient beaucoup plus denses à la partie postérieure de la poitrine qu'à sa partie la plus déclive. Dans l'angle compris entre le diaphragme et la plèvre pariétale jusqu'au niveau de la cinquième côte, on trouvait un large caillot noir, et au-dessous des lambeaux de fausses membranes. Toute la plèvre était également tapissée de fausses membranes, mais plus épaisses, et d'une couleur rouge foncé; le poumon du même côté était réduit à un peu moins de son volume normal; il était complétement tapissé par des fausses membranes, floconneuses à leur surface externe, et colorées en rouge par le sang; le tissu du poumon était condensé et privé d'air; il allait au fond de l'eau; les tuyaux bronchiques étaient remplis de matières muco-purulentes. Dans le lobe inférieur du même poumon (et, suivant toutes les probabilités, dans le point correspondant au siége de la douleur), on apercevait une tumeur de la grosseur d'un œuf de pigeon, qui occupait le bord inférieur de l'organe, et qui était recouverte par de fausses membranes. En les détachant, on reconnut que cette tumeur avait une forme irrégulièrement mamelonnée, et qu'au niveau d'un de ces mamelons il s'était fait une ouverture irrégulière, remplie par un caillot, dans laquelle on aurait pu faire pénétrer une plume d'oie. Un stylet introduit par cette ouverture pénétrait à la profondeur d'un demi-pouce, au centre de la tumeur, qui contenait encore des caillots fermes et noirâtres. La section de la tumeur offrait l'aspect d'un noyau d'apoplexie pulmonaire; au centre un caillot noirâtre, et tout autour plusieurs caillots plus petits, qui lui donnaient un aspect mamelonné; le reste de la tumeur était homogène et d'une

couleur rougeâtre; le poumon gauche était sain. Les tuyaux bronchiques ne renfermaient qu'une petite quantité de mucosité puriforme. Le cœur et les organes étaient sains. (*Edinb. med. and surg. journal*, janvier 1846.)

C'est une circonstance assez rare que la rupture des foyers hémorrhagiques du poumon dans la cavité de la plèvre. Il en existe cependant aujourd'hui un certain nombre d'exemples dans la science. Sans parler du fait du docteur Fortassin rapporté par Corvisart (Avenbrugger, *Traité de la percussion*), et de celui que M. Bayle a inséré dans la *Revue médicale*, 1828, t. II, de celui du professeur Mahon inséré dans le *Journal de Leroux et Corvisart*, t. LX; on en trouvera encore trois fort intéressants, l'un dans un ouvrage de Hohnbaum (*Ueber den Schlagfluss*, Erlangen, 1817, p. 75), l'autre dans le *Traité de médecine pratique* de M. Gendrin, t. I, et le troisième, qui appartient à Fergusson, dans les *Dublin med. trans.*, 1830. L'observation que nous avons rapportée plus haut mérite de fixer l'attention, parce que l'apoplexie pulmonaire paraît s'être développée sous l'influence de sévices et de violentes percussions sur la poitrine.

Anévrysme disséquant de l'aorte; obs. par le Dr Th. Thompson. — Le 7 janvier 1845, l'auteur fut appelé auprès d'un monsieur de 45 ans, qui était affecté de vomissements bilieux avec des douleurs vives dans le ventre. Cet individu avait toujours joui d'une bonne santé, sauf quelques douleurs rhumatismales qu'il avait ressenties dans les muscles. Jamais il ne s'était plaint de palpitations de cœur, et il n'en présentait actuellement aucune trace : seulement les bruits du cœur étaient peut-être un peu plus sourds qu'à l'ordinaire. Les douleurs qu'il accusait étaient très-vives; elles étaient plutôt soulagées par la pression qu'augmentées. Le pouls à 80, régulier. Une potion purgative amena d'abord beaucoup de calme, et le malade dormit pendant la nuit; mais le lendemain matin, après l'administration d'un lavement purgatif et trois évacuations alvines très-abondantes, il voulut se lever et tomba par terre. Relevé immédiatement, il était insensible; la face pâle et les extrémités froides; on parvint cependant à lui faire avaler quelques gouttes d'eau-de-vie, et une demie heure après le pouls reparut; il ne battait que quinze fois par minute; les paupières de l'œil droit étaient fermées; celles de l'œil gauche entr'ouvertes; les deux pupilles contractées et insensibles à l'action des rayons lumineux. Le malade resta à peu près dans cet

état toute la journée et toute la nuit; le lendemain 9, il pouvait répondre aux questions qu'on lui adressait, mais seulement par monosyllabes et sans pouvoir choisir les mots dont il se servait; il tirait la langue avec peine, disait ne souffrir nulle part; la face était encore froide et couverte d'une sueur visqueuse; le pouls était faible et régulier. Le 10, au matin, engourdissement dans les extrémités; le pouls à peine sensible; l'affaiblissement fit des progrès, et il succomba dans la soirée. Avant la mort, on reconnut l'existence d'une matité fort étendue à la région précordiale.

Autopsie. — Le péricarde contenait 6 onces de sang, en partie liquide, en partie coagulé. La tumeur albumineuse de l'aorte faisait une saillie considérable qui comprimait l'artère pulmonaire gauche dans le premier pouce de son trajet, et donnait à cette ouverture l'aspect d'une fente étroite. Les artères coronaires étaient dilatées et indurées, plus particulièrement celle du côté droit. Quant à cette saillie anormale de l'aorte, elle était le résultat de la pénétration du sang au-dessous de la tunique celluleuse. On n'apercevait à l'extérieur aucune fente; mais à en juger par la situation de l'ecchymose principale, il était assez évident que le sang s'était échappé dans le péricarde entre l'artère pulmonaire et l'appendice de l'oreillette gauche. En ouvrant l'aorte, on reconnut une fente qui pouvait avoir huit dixièmes de pouce de longueur, qui intéressait la membrane interne et une partie de la membrane moyenne de ce vaisseau, à un demi-pouce au-dessus du bord libre de la valvule postérieure; d'abord perpendiculaire ou à peu près à cette valvule, elle se portait aussi à gauche dans une étendue de 3 lignes, de manière à offrir une forme assez analogue à celle de la clavicule. La membrane interne de l'aorte se déchirait avec facilité; et dans plusieurs point, surtout près de la crosse, elle était soulevée par de nombreux dépôts de matière athéromateuse; mais il n'y avait rien de pareil au pourtour de la rupture. Les bords en étaient déchiquetés et on apercevait en les écartant des caillots sanguins compris entre les lames de la membrane moyenne, dont on reconnaissait facilement les fibres transverses. Le sang avait disséqué cette membrane entièrement autour de l'aorte à son origine, et s'était porté en haut le long de la crosse, derrière les troncs artériels; ensuite il avait fait de nouveau presque entièrement le tour du vaisseau, excepté à l'origine des artères intercostales, dont quelques-unes avaient eu leurs membranes interne et moyenne détachées du tronc aortique par la violence du courant sanguin. Le sang s'était également porté au dehors et en avant de l'artère innominée, et de là il avait disséqué les parois de la carotide droite dans les deux tiers de

sa circonférence jusqu'à 1 pouce de sa division en externe et en interne. La membrane moyenne de l'aorte thoracique était encore disséquée en arrière et à gauche dans toute son étendue, et l'on pouvait suivre le sang épanché entre les couches correspondantes du vaisseau dans la partie supérieure de son trajet dans l'abdomen jusqu'au niveau de l'origine des artères rénales. Le cœur était considérablement augmenté de volume et épaissi, principalement le ventricule gauche. Les valvules étaient saines, à l'exception de celles de l'artère pulmonaire qui étaient très-minces et percées de trous. L'aorte était large sans présenter cependant ce qu'on peut appeler une dilatation générale ou partielle. Les reins étaient granuleux. (*London med. gaz.*, avril 1846.)

Paralysie du grand dentelé (*Sur la*), par le Dr C. Desnos. — Les paralysies locales n'ont peut-être pas attiré suffisamment l'attention des pathologistes; il en est même un certain nombre, sur lesquelles on ne possède que des renseignements très-incomplets ou quelques observations isolées : nous citerons en particulier la paralysie du grand dentelé. Signalée d'abord par M. Velpeau (*Anatomie chirurg.*), puis par M. Gendrin (Abercrombie, *Malad. de l'encéphale*; 1835), elle n'a été l'objet d'un travail spécial qu'en 1840, époque à laquelle M. Marchessaux publia dans ce journal un article fort intéressant (*Arch. gén. de méd.*, 3e et 4e séries). M. Desnos, dont nous analysons le travail en ce moment, s'est proposé de tracer l'histoire générale de cette affection, en venant ajouter une quatrième observation aux trois observations déjà connues. Mais, depuis la publication de sa thèse, on a fait connaître dans les journaux de médecine cinq autres faits du même genre. Aussi, en écrivant cet article, et tout en faisant des emprunts au travail de M. Desnos, prendrons-nous dans les faits nouvellement connus tout ce qu'il peut y avoir d'intéressant et de particulier. — Le symptôme le plus saillant de la paralysie du grand dentelé, l'élément essentiel du diagnostic, est bien évidemment la déviation du scapulum. Dans l'état normal, et quand l'épaule est dans le repos, l'omoplate est maintenue exactement appliquée contre la cage thoracique, grâce à l'antagonisme des muscles qui s'insèrent sur cet os et qui se font mutuellement équilibre. Si le muscle grand dentelé perd de sa force normale, il en résulte immédiatement un changement dans la situation de cet os, changement tout à fait en rapport avec les fonctions du muscle. Or, le grand dentelé tire en bas et en avant l'angle inférieur de l'omoplate par sa portion inférieure; par sa paralysie, cet angle se trouvera reporté en arrière et en haut, et

cet effet ne se produira pas sans qu'en même temps l'angle supérieur se trouve élevé, et l'angle antérieur ou le moignon de l'épaule abaissé. De même, l'omoplate n'est appliquée par sa face antérieure sur le thorax qu'en vertu de la contraction simultanée du rhomboïde et du grand dentelé; cette paralysie aura donc pour résultat de faire faire saillie à cet os au-dessous de la peau. C'est, en effet, ce qui a été noté dans les observations rapportées. Dans celle de M. Marchessaux, le bord spinal était de plus en plus saillant, comme si cet os tendait à prendre la direction antéro-postérieure, au lieu de la position presque transversale qu'il affecte ordinairement....; l'omoplate avait éprouvé un mouvement de bascule ayant pour conséquence la saillie de l'angle inférieur qui était porté en arrière, et l'abaissement du moignon de l'épaule relativement au reste de la région. Dans l'observation de M. Rayer, il y avait une saillie considérable formée sous la peau par l'angle inférieur de l'omoplate. Cet os était déplacé; son bord spinal était dirigé de bas en haut, d'arrière en avant, et de dedans en dehors. Chez un des malades de M. Jobert (un cordier, âgé de 28 ans), la paralysie des muscles dentelés était double; les omoplates étaient relevées en ailes, les angles inférieurs soulevés et rapprochés de la ligne médiane, les épaules affaissées. Chez un autre malade du même chirurgien, un serrurier âgé de 23 ans, l'épaule droite offrait une saillie très-prononcée, qui n'existait pas à l'épaule gauche dans l'état de repos; elle formait une surface large, convexe, triangulaire, écartée du thorax, et comme soulevée en totalité. Malgré le rapprochement de l'angle inférieur de l'omoplate vers la colonne vertébrale, le moignon n'était pas abaissé. La difformité augmentait lorsque les bras étaient portés en avant et tendus horizontalement. Chez le malade de M. Nélaton, qui était affecté de paraplegie et de paralysie des deux muscles grand dentelés, il y avait cela de particulier que du côté droit, où cette paralysie subsistait tout entière quelque temps après l'accident, l'angle inférieur n'était pas rapproché des vertèbres, mais plus éloigné d'un centimètre au moins. Au surplus, si le muscle grand dentelé a conservé un reste de sa faculté contractile, si la paralysie est incomplète, il pourra encore maintenir l'équilibre dans certaines attitudes. Aussi M. Marchessaux rapporte que, chez son malade, on on ne remarquait pas de différence entre le côté droit et le côté gauche quand le corps était dans un repos absolu. Il n'en était de même dans aucun autre cas de ce genre.

Quant aux symptômes qui précèdent, qui accompagnent et qui

suivent la paralysie du muscle grand dentelé, ils peuvent être rangés en trois périodes :

1[re] *période.* — La paralysie avait débuté brusquement, sans cause appréciable, chez le jeune homme qui fait le sujet de l'observation de M. Gendrin. Dans les observations de MM. Rayer et Marchessaux, l'invasion de la maladie avait été marquée par des symptômes d'affection rhumatismale. Chez les deux malades de M. Jobert, elle était survenue graduellement. Chez le malade de M. Nélaton, elle avait paru brusquement en même temps que la paralysie, sous l'influence de la cause qui avait déterminé cette dernière. Le malade de M. Marchessaux avait éprouvé des douleurs vives dans la région de l'épaule et dans le côté correspondant du thorax, depuis le creux de l'aisselle jusqu'à la cinquième et la sixième côtes. Chez le malade de M. Rayer, les douleurs étaient moins vives, mais il y avait des picotements et des fourmillements dans le bras et dans la main, et pendant les fourmillements une cyanose momentanée. Le cordier, dont M. Jobert a rapporté l'histoire, avait d'abord été affecté de paralysie du grand dentelé du côté droit, et plus tard de paralysie du côté gauche. Son autre malade, le serrurier, avait éprouvé tout à coup une faiblesse notable dans le membre supérieur droit et une gêne très-prononcée, surtout dans les mouvements d'élévation. Ce ne fut qu'au bout d'un mois que l'on reconnut les autres symptômes de la paralysie.

2[e] *période.* — C'est la période d'état. Nous ne reviendrons pas sur l'énumération des symptômes de la paralysie; nous rappellerons seulement qu'elle peut être complète ou incomplète, simple ou double (3 sur 9). Simple, elle s'est toujours montrée vers le côté droit.

3[e] *période.* — Dans cette période, la contraction des muscles antagonistes du grand dentelé peut acquérir une intensité plus ou moins considérable; en même temps, les muscles livrés à l'inaction s'atrophient. C'est ce qui était arrivé à un malade de M. Briquet, qui portait une paralysie ancienne du muscle grand dentelé du côté droit, et chez lequel l'épaule et le bras correspondants étaient atrophiés : depuis quelque temps, l'épaule gauche s'affaiblissait chez ce malade, et l'on voyait paraître de ce côté tous les signes de la paralysie du muscle.

En analysant la difformité, nous avons vu qu'elle était composée de plusieurs éléments, qu'elle consistait : 1° dans l'abaissement du moignon de l'épaule, dans le rapprochement de l'angle inférieur de l'omoplate, de l'épine dorsale; 2° dans la saillie de cet angle et du bord spinal de ce même os, résultant des parois thora-

ciques. Or, l'abaissement du moignon de l'épaule peut être dû à plusieurs causes : à une paralysie du trapèze, à une contracture de l'angulaire, à une contracture du rhomboïde, et enfin à la paralysie du grand dentelé. Mais, si chacune de ces causes peut amener la dépression du moignon de l'épaule, aucune, si ce n'est la dernière, ne peut produire en même temps les saillies du bord spinal de l'omoplate. Cette saillie ne peut guère être produite que par la paralysie du grand dentelé, par celle du rhomboïde ou par la contracture du sus ou sous-épineux. Mais la paralysie du rhomboïde amènerait en même temps l'éloignement du bord spinal de l'omoplate, de l'épine dorsale (résultat tout contraire de ce qui existe dans la difformité : cette paralysie existait très-probablement chez le malade de M. Nélaton). En second lieu, la contracture du sus ou sous-épineux ne produirait cette saillie du bord spinal qu'après avoir vaincu la résistance que lui opposent les muscles rhomboïde et grand dentelé ; et on ne concevrait pas que, dans ce cas, une contracture aussi énergique pût laisser parfaitement libres les mouvements qui se passent dans l'articulation scapulo-humérale ; on ne concevrait pas non plus qu'on pût ramener facilement l'omoplate dans sa rectitude normale, comme on le peut dans la déviation de l'omoplate par paralysie du muscle grand dentelé. Il faut savoir, d'ailleurs, que d'autres circonstances sont suceptibles de déterminer une saillie considérable de l'omoplate sous la peau : ainsi, des tumeurs placées au-dessous de cet os, une déviation de la colonne vertébrale, l'affaissement d'un côté de la poitrine consécutif à la résorption d'un épanchement considérable, etc. ; mais il ne faut pas un bien long examen pour reconnaître que le muscle grand dentelé n'a nullement souffert dans ces cas.

Les causes qui ont déterminé la paralysie du grand dentelé ont été très-diverses. Dans les observations de M. Marchessaux et de M. Rayer, cette paralysie était le résultat d'une affection rhumatismale. Pour la première, la cause de cette affection rhumatismale paraissait tenir à l'influence de l'humidité ; pour la deuxième, la cause n'en a pas été signalée. Chez le cordier dont parle M. Jobert, la maladie était survenue à la suite des efforts violents et prolongés de son état, qui le forçait à tenir les bras constamment levés en l'air. Le serrurier, qui a été également observé par M. Jobert, était habitué à un marteau de 3 kilogrammes, et se servait seulement depuis deux jours d'un marteau de 9 kilogrammes, lorsqu'il vit se développer les premiers accidents de sa maladie. Un des malades de M. Nélaton, âgé de 39 ans, jouait avec un de ses camarades

quand celui-ci, placé derrière lui, lui passa les deux bras, d'arrière en avant, sous les aisselles, et ramena les mains d'avant en arrière sur la nuque, puis, à l'aide de ses mains, croisées sur cette partie, porta brusquement en avant la tête, à laquelle il fit subir un mouvement exagéré de flexion. Le sujet fut immédiatement frappé de paralysie des quatre membres et probablement de tous les muscles du tronc. Le malade de M. Velpeau était tombé, le creux de l'aisselle sur l'angle d'une commode. Nous n'avons aucun renseignement sur les causes qui ont amené cette paralysie chez le jeune malade de M. Gendrin, chez le malade de M. Briquet, enfin chez un malade de M. Nélaton, dont MM. Beau et Maissiat ont parlé dans leur mémoire sur la respiration (*Arch. gén. de méd.*, 4e série, t. I, II et III).

Le pronostic de la paralysie du grand dentelé se présente jusque à aujourd'hui comme très-grave : deux malades sur sept seulement ont guéri, quelque variés et quelque énergiques qu'aient été les moyens mis en usage. (Thèses de Paris, n° 91, 1845.)

Solutions de continuité traumatiques des os longs (*Sur les — dans le jeune âge*); par le Dr P.-A.-Alph. Salmon. — Les auteurs qui ont traité des fractures en général n'ont pas manqué d'indiquer, plus ou moins longuement, qu'il existe entre les fractures du jeune âge et celles de l'adulte certaines différences. Malheureusement leurs indications sont si communes et si banales, elles manquent tellement de détails suffisants, qu'elles ne peuvent satisfaire des observateurs rigoureux. Dans ces circonstances, l'auteur a cherché à résoudre la plupart des questions anatomiques qui se lient à ces solutions de continuité par des expérimentations entreprises sur le cadavre : Il a successivement étudié les décollements traumatiques des épiphyses, les caractères anatomiques des fractures au moment où elles se produisent. Dans un troisième paragraphe, il a recherché dans quelles limites sont possibles chez l'enfant les fractures incomplètes et les courbures des os. Enfin, faisant la part de toutes les circonstances éventuelles, qui sont quelquefois de nature à modifier le traitement, il a essayé de tirer, des faits anatomiques, les indications générales pour l'examen du malade et la composition d'un appareil.

1° *Décollements épiphysaires.* — Sur 129 bras qu'il a soumis à une cause fracturante, agissant à la fois sur les extrémités supérieures des os de l'avant-bras et l'extrémité inférieure de l'humérus, cause fracturante consistant dans l'extension forcée de l'avant-bras sur le bras, le Dr Salmon n'a pas déterminé moins de 77 cas de dé-

collements épiphysaires; savoir : 64 affectant l'épiphyse humérale inférieure en totalité; 1 qui avait isolé l'épitrochlée de cette extrémité inférieure (chez un enfant déjà grand); 2 vers le cubitus, intéressant soit l'olécrâne, soit l'apophyse coronoïde, soit les deux apophyses réunies; enfin une seule fois le décollement affectait l'extrémité supérieure du radius. D'autre part, sur 11 enfants, dont 9 étaient âgés de moins d'un mois, il a produit 10 décollements épiphysaires de l'extrémité supérieure du fémur, dont 4 seulement des deux côtés. Mais, dans aucun cas, il n'a pu arriver à déterminer le décollement de l'épiphyse humérale supérieure, décollement que M. Champion a établi d'une manière incontestable, mais que Petit-Radel n'avait pas non plus réussi à produire artificiellement. Pour qu'il y ait décollement épiphysaire dans la véritable acception du mot, il faut qu'il y ait une séparation telle de la diaphyse et de l'épiphyse, qu'il ne reste sur l'une ou sur l'autre aucun indice de leur état anatomique différent, c'est-à-dire rien d'osseux sur l'épiphyse, rien de cartilagineux sur la diaphyse. Maintenant qu'on imagine des pointes osseuses en plus ou moins grand nombre, hérissant la surface épiphysaire séparée, ou que la diaphyse ait entraîné dans l'arrachement des lambeaux du cartilage épiphysaire, et l'on aura d'une part ce que nous appelons décollement épiphysaire incomplet avec fracture, et d'autre part ce qu'on pourrait nommer décollement épiphysaire incomplet avec déchirure du cartilage; décollement épiphysaire véritablement incomplet dans les deux cas, puisque la solution de continuité a d'abord été incomplète et n'a été qu'accessoirement complétée par une lésion d'un autre genre. De ces considérations il résulte que l'on doit distinguer trois variétés de décollements épiphysaires : 1° décollement épiphysaire complet; 2° décollement épiphysaire incomplet, quand il y a seulement disjonction partielle des surfaces; 3° décollement épiphysaire incomplet avec fracture. Deux caractères anatomiques principaux signalent les décollements épiphysaires complets; ce sont : du côté de la diaphyse rougeâtre et chagrinée, l'absence complète ou à peu près complète de rugosités osseuses un peu étendues; et, du côté de l'épiphyse, une surface cartilagineuse concave, sans incrustation de pointes osseuses apparentes. Le décollement incomplet emporte avec lui sa signification : l'épiphyse et la diaphyse tiennent encore l'une à l'autre par de légères adhérences cartilagineuses et périostiques, plus rarement par la conservation de quelques-uns de leurs moyens d'union ordinaires. Dans la troisième variété, il y avait une déviation épiphysaire dans une portion plus ou moins étendue de la commissure, fracture avec

caractères anatomiques entièrement variés dans le reste de l'étendue de la solution de continuité. Tantôt le périoste est déchiré, tantôt il est intact. Les déchirures et le décollement du périoste sont ordinairement suivis de déplacement; mais il est bien entendu qu'il ne peut y avoir de déplacement sans déchirure, et ce déplacement a toujours lieu dans le sens de la commissure où le périoste est déchiré. Au point de vue symptomatologique, la crépitation *mate* est le meilleur indice d'un décollement épiphysaire complet; cette crépitation se rapproche davantage de la crépitation des fractures dans les décollements épiphysaires avec fracture. Pour la prévenir, il faut avant tout opérer la réduction des fragments déplacés, et on l'obtient plus sûrement en faisant mouvoir rapidement d'avant en arrière le fragment supérieur immobile. Ces décollements se produisent ordinairement dans le premier mois ; ils sont d'autant plus difficiles qu'on s'éloigne d'avantage de la première année.

2° *Fractures complètes.* — Chez les enfants, les fractures, au lieu d'être en rond ou transversales, comme l'ont dit certains auteurs, et Monro en particulier, sont d'une irrégularité extrême : toujours des dentelures nombreuses hérissent la surface des fragments, tantôt régulièrement, tantôt irrégulièrement; c'est-à-dire que, dans une expérience, les dentelures existaient en dedans, en dehors, ou en arrière, assez minces, flexibles et lamellaires; dans un autre cas, au contraire, les dentelures étaient produites par une obliquité de la fracture combinée avec une direction transversale de l'un ou de l'autre côté. Le périoste est ou déchiré dans une grande étendue, ou à la fois déchiré et décollé, et alors la déchirure est moins considérable; d'où il résulte qu'étant donné une solution de continuité d'un os avec un déplacement en dedans, par exemple, on rencontre le périoste fendu longitudinalement ou transversalement du même côté, de manière à laisser un passage aux fragments dans ce sens, tandis qu'il sera sain, ou plutôt non déchiré du côté opposé. De cette disposition, résulte encore un état assez analogue à celui qui se présente dans une luxation : c'est qu'il y a un déplacement primitif et un déplacement consécutif, et que, pour réduire la fracture, il n'est, comme dans la réduction de la luxation, de véritable moyen que dans l'engagement des fragments par l'ouverture faite au périoste décollé. De ce fait, il résulte enfin que, dans bon nombre de fractures de l'enfant comme de l'adulte, le déplacement ne peut avoir lieu que dans le sens de direction de la cause fracturante; et que même souvent, si le choc n'a pas été considérable, d'une part, pour briser les engrenures de la fracture,

de l'autre, pour faire franchir aux fragments, ensemble ou séparément, l'ouverture faite au périoste, il n'y a pas de déplacement. Enfin, s'expliquent de la même manière et l'absence fréquente de crépitation et sa moindre sonorité quand elle existe. Ces fractures sont bien moins communes que les décollements épiphysaires. Nous avons vu plus haut que, sur 129 bras, l'auteur avait produit 77 décollements; en revanche, il n'était arrivé à déterminer que 9 fractures complètes; et pour le fémur, sur 11 enfants, 6 fois la fracture de la diaphyse pour 11 cas de décollement épiphysaire. Ces fractures sont, au contraire, assez fréquentes entre 2 et 4 ans; plus rares de 4 à 6 ans. Leur nombre augmente sensiblement dans les années suivantes; leur accroissement se triple tout à coup vers l'âge de 15 ans, puis demeure à peu près le même quant au chiffre absolu, en augmentant d'année en année, eu égard à la population. (Malgaigne, *Annales d'hygiène publique;* 1839.) Ces fractures affectent plus souvent le fémur que les autres parties du squelette.

3° *Fractures incomplètes et courbures des os* — A l'exemple des auteurs qui ont traité de ces solutions de continuité, et de ma thèse en particulier, l'auteur a réuni dans une même description les fractures incomplètes et les courbures des os. Sur 61 enfants de 1 jour à 3 ans, l'auteur a pu déterminer artificiellement 6 fractures incomplètes et 8 courbures. Du reste, il n'a rien ajouté à ce que M. Thore en avait déjà dit dans ce journal (4e série, t. IV). Ceux qui voudront avoir quelques renseignements sur les courbures en particulier peuvent consulter une autre thèse de Paris (n° 3, 1845), par M. Charvet; dans laquelle ce médecin a rappelé 5 observations tirées de la pratique de son père, mais sans autopsie. (Thèses de Paris, n° 4; 1845.)

Goitre (*Obs. d'un — volumineux guéri par la ligature sous-cutanée*); par le Dr Ballard. — Une jeune fille de 19 ans, du village de Estère près Barèges, était affectée depuis l'âge de 11 ans d'une tuméfaction du corps thyroïde qui avait résisté à tous les traitements, et qui depuis quatre ans surtout donnait lieu à des accidents graves, et en particulier à une oppression allant quelquefois jusqu'à la suffocation. Cette jeune fille demandait comme une grâce qu'on la débarrassât de son infirmité. L'auteur se décida pour la ligature sous-cutanée, et l'opération fut pratiquée le 8 août 1845, en présence de plusieurs médecins, notamment de M. Rigal, de Gayac. Deux aiguilles de 4 pouces dites d'*emballeur,* furent enfilées chacune d'un fil bien ciré, de manière qu'il se trouvât double dans la moitié de sa longueur. Quatre marque

légères furent tracées à l'ancre sur le goître, de manière à le diviser isolément en trois bandes transversales à peu près égales. La malade assise sur une chaise élevée, la peau recouvrant le goître fut pincée et tirée en haut, comme pour établir un séton, de façon à ramener les deux marques supérieures tracées à l'encre au-dessus de la tumeur, sur le prolongement de son axe vertical, et à les mettre en rapport l'un avec l'autre. La peau, ainsi doublée, fut traversée par l'aiguille; et le fil, entraîné par le retour des téguments à leur position ordinaire, se trouva avoir embrassé le segment supérieur de la tumeur; une semblable manœuvre fut exécutée avec la seconde aiguille vers les deux points inférieurs, marqués avec de l'encre, en tirant fortement la peau en bas; et une anse de fil se trouva embrasser en sens opposé le segment inférieur. La première aiguille étant reprise et la peau tirée en arrière, la base de la tumeur fut traversée directement et aussi profondément que possible, d'une marque supérieure à l'autre. La partie double du fil étant dégagée, son autre extrémité fut coupée, en laissant l'aiguille attachée à cette partie, pour former plus tard une ligature du lobe moyen de la tumeur. Les deux premiers chefs furent passés dans des grains de chapelet, et serrés ensuite sur un bâtonnet transversal, de manière à étrangler fortement le lobe supérieur du goître. On fit suivre la même marche à la seconde aiguille, de la marque inférieure d'un côté à celle du côté opposé, et l'on obtient ainsi la ligature du lobe inférieur. Restait le lobe moyen, dont on compléta la ligature, en se servant du fil double qui était resté dans les plaies supérieure et inférieure, après avoir préalablement complété l'anse en faisant passer les fils sous la peau, de la marque supérieure à la marque inférieure, et réciproquement. Deux des chefs correspondants furent réunis par un nœud solide; les deux autres assujettis sur un chapelet comme les précédents. L'opération ne fut pas très-douloureuse, et ne dura que dix minutes. Une demi-heure après, cette jeune fille retourna chez elle à deux lieues de Barèges. Il survint le lendemain et les jours suivants une réaction considérable, que l'on réussit à conjurer à l'aide d'un traitement antiphlogistique énergique. Le sixième jour, on sentait, vers la partie inférieure de la tumeur, un empâtement considérable. M. Rigal y plongea une lancette; il en sortit fort peu de pus, mais une grande quantité de gaz infect, résultant de la mortification de la glande. Le douzième jour, tous les phénomènes inflammatoires furent dissipés. Une suppuration abondante et fétide coulait largement des trois ouvertures de la peau, agrandies par la pénétration des grains de cha-

pelet à travers son tissu. Le 28 août, la ligature centrale tomba, après avoir scié tous les tissus qu'elle tenait embrassés; les deux autres furent resserrées, sans produire la moindre douleur. Le 8 septembre, cette jeune fille est venue à pied rapporter le chapelet de la seconde ligature, sans avoir éprouvé la moindre incommodité de l'ascension de 600 mètres dans la montagne. Le 15, la dernière ligature s'était détachée, laissant dans la plaie quelques grains de chapelet, que l'on retira très-facilement. Le 30 septembre, le rétablissement était complet. (*Bulletin de la Société de médecine de Besançon,* 1845.)

Le succès si remarquable obtenu par le Dr Ballard doit-il conduire à faire une méthode générale de la ligature des tumeurs goîtreuses, lors même que ces tumeurs sont assez circonscrites pour pouvoir être facilement embrassées par une ligature? Nous ne le croyons pas. Cependant nous pensons, avec le Dr Ballard, que l'on aurait tort, après une observation comme la précédente, de ne pas considérer cette ligature comme faisant partie du domaine chirurgical; mais on ne serait autorisé à l'employer que lorsque la santé ou la vie des malades serait compromise par la compression qu'elle exercerait sur le larynx ou sur le système circulatoire du cou.

Luxation de l'épaule (*Description d'une variété nouvelle de*); par M. Roser, à Tubingue. — En examinant un cadavre qui devait servir à ses démonstrations anatomiques, M. Roser trouva une luxation de l'épaule. Cette luxation, que l'aspect extérieur du cadavre lui avait laissé deviner, et qu'il croyait être de l'espèce la plus commune, lui apparut tout différemment, lorsqu'il l'examina de plus près. Il trouva, en effet, une variété de déplacement qui n'avait pas encore été décrite, c'est-à-dire une luxation sur la face antérieure de la courte tête du biceps. Voici la description qu'il en donne.

«La tête de l'humérus est située au-dessous et en dedans de l'apophyse coracoïde assez près de celle-ci pour la toucher. Le bras est dans une légère abduction et a subi un faible mouvement de rotation en dehors. En examinant les organes voisins, on trouve des adhérences épaisses et intimes entre les parties qui entourent l'articulation. Le plexus brachial est plus intimement uni qu'à l'ordinaire au tissu cellulaire ambiant, et quelques artères de la région axillaire sont manifestement oblitérées. L'insertion du muscle sous-scapulaire à la petite tête de l'humérus est déchirée, et ce muscle se termine en un tissu de cicatrice qui est placé sur le col

huméral et enveloppe le nerf musculo-cutané. En bas et en dedans de l'apophyse coracoïde, on trouve la tête de l'humérus enveloppée d'une capsule de nouvelle formation et assez mobile; le muscle petit pectoral passe au-dessus de cette capsule à laquelle il adhère fortement. L'intérieur de cette nouvelle capsule articulaire est en partie uni, en partie raboteux; dans quelques points on trouve des ossifications. On trouve également en haut et en dehors, à la pointe de l'apophyse coracoïde, une production osseuse aiguë et tranchante. Derrière la tête de l'humérus se trouve le court chef du biceps, qui en est en partie recouvert, ainsi que le coraco-brachial; puis ce court chef se dégage pour aller rejoindre sa longue portion. Le coraco brachial et le court chef du biceps sont tellement unis à la nouvelle capsule, qu'il n'est pas possible de les en détacher: ils servent à constituer la paroi postérieure de cette capsule. Le tendon du long chef, qui n'est plus renfermé dans le sillon de l'humérus, décrit un arc sur la face externe de la tête luxée et se dirige vers son insertion normale au bord supérieur de l'articulation; mais on ne peut le suivre jusque-là, parce qu'il se perd dans la masse fibreuse qui se trouve sur l'ancienne articulation. Celle-ci est recouverte par les tendons des muscles sous-capulaire et petit rond, qui adhèrent à une masse fibreuse épaisse qui oblitère entièrement la cavité articulaire. Dans l'épaisseur de cette masse, on trouve encore deux cavités qui renferment de la sérosité.

«Après avoir constaté les particularités que je viens de décrire, j'étais curieux, ajoute M. Roser, d'avoir les détails des symptômes qu'avait offerts cet homme pendant la vie. Voici ce que j'ai pu savoir : la luxation remonte à sept années et fut le résultat d'une chute, le dos étant chargé. Des bûcherons, qui vinrent aider cet homme à se relever, firent des tentatives de réduction en tirant sur le bras assez fort pour que le patient se fût trouvé mal. Comme ces tentatives restèrent infructueuses, le malade s'adressa à un chirurgien qui chercha aussi à réduire la luxation en faisant exécuter des tractions dans toutes les directions, en haut, en bas, en dehors, le tout sans succès. Il arrivait quelquefois de faire rentrer la tête dans la cavité articulaire, mais, dès que les tractions cessaient, elle tombait au dehors. De nouvelles tentatives furent encore faites par trois chirurgiens, et furent poussées jusqu'à employer les tractions combinées de quatre hommes robustes, et toutes les méthodes connues et surtout celle de Mothe, mais ce fut encore en vain. Le malade finit par ne plus vouloir supporter de nouvelles tentatives; il apprit à se servir de son bras, et y parvint

assez pour, avec son aide, pouvoir fendre du bois et battre en grange; mais il ne put jamais parvenir à se déshabiller. Il se plaignit souvent d'engourdissements et de douleurs dans les doigts. (Roser et Wunderlich, *Archiv. f. physiol. Heilkunde*, 1845, n° 4.)

Il est évident que l'obstacle qui s'est opposé insurmontablement à la réduction a été la présence du tendon du court chef du biceps entre la tête de l'humérus et la cavité glénoïde. Mais par quel mécanisme s'est fait ce déplacement? M. Roser cherche à se l'expliquer assez longuement et ne donne qu'une théorie très-contestable; il le regarde néanmoins comme primitif. Ne serait-il pas possible de l'attribuer aux tentatives de réduction faites d'une manière très-irrégulière, sans aucun doute, par les bûcherons, et poussées jusqu'à faire trouver mal le malade? Dans cette dernière hypothèse, le déplacement du tendon, au lieu de constituer une variété particulière de luxation, ne serait plus qu'un accident qui, du reste, ne diminue en rien l'intérêt qu'offre l'observation de M. Roser.

Fistule urétéro-utérine (*Obs. de*); par le Dr H.-A. Trifet. — Une femme âgée de 40 ans, journalière, est entrée à l'hôpital de la Pitié le 5 mars 1845. Mariée à l'âge de 32 ans, elle n'a eu d'enfants que quatre ans après. Le premier accouchement n'offrit rien de particulier. Deux ans après, elle eut un second enfant. Le travail fut beaucoup plus long et beaucoup plus difficile : il dura près de trois jours; les lochies s'établirent avec régularité, et tout paraissait marcher à merveille, lorsqu'au dixième ou douzième jour la dame s'aperçut que l'urine coulait involontairement. Les médecins du pays reconnurent la nature de la maladie, et envoyèrent cette femme à Paris, avec un certificat constatant qu'elle était affectée d'une fistule *vésico-vaginale*. A son entrée à l'hôpital, on nota la sortie continuelle de l'urine par le vagin; cependant la malade déclarait que plusieurs fois par jour elle éprouvait le besoin d'uriner, et qu'elle pouvait rendre une assez grande quantité d'urine à la fois. On sentait une tumeur assez volumineuse dans la région hypogastrique, et la sonde, introduite dans la vessie, permit d'extraire 3 ou 4 centilitres d'urine. Comme il était évident que le liquide qui sortait par le vagin était de l'urine, et que, d'autre part, la vessie pouvait en retenir une assez grande quantité, on s'attendait à trouver, sur la cloison vésico-vaginale, une ouverture excessivement étroite : malgré l'examen le plus minutieux, on n'en put découvrir la moindre trace. Une injection fut poussée dans la vessie par le canal de l'urèthre, et l'on ne vit pas refluer le liquide par le vagin; on ne réussit pas

davantage à trouver une ouverture avec la sonde introduite dans la vessie. Un second examen ne fut pas plus heureux que le premier; mais, à un troisième pratiqué avec un gros speculum, on aperçut une matière limpide, comme urineuse, qui suintait à travers l'orifice du col de l'utérus. Dès lors, on abandonna l'idée d'une fistule vésico-vaginale, pour ne songer qu'à une fistule utérine. M. A. Bérard essaya de reconnaître directement l'ouverture, en portant un stylet dans l'orifice du col de l'utérus et une sonde dans la vessie. Ce fut en vain qu'il chercha à amener ces deux instruments au contact : ils étaient toujours séparés par l'épaisseur de la paroi vésico-utérine. Ces tentatives d'exploration furent suivies d'accidents assez sérieux. Le 6 avril, la malade était complétement rétablie. M. A. Bérard, croyant toujours avoir affaire à une fistule vésico-utérine, et espérant en obtenir la guérison en empêchant le contact de l'urine avec les bords de l'ouverture, introduisit dans la vessie, par le canal de l'urèthre, une sonde à double courant, destinée à établir des irrigations d'eau froide. Mais au bout de deux jours, de nouveaux accidents forcèrent à y renoncer. Ces accidents avaient complétement disparu, lorsque le 13, subitement et sans cause connue, la malade fut prise de douleurs très-vives dans la région lombaire gauche; l'urine ne s'écoulait plus par la fistule, et il s'en accumulait dans la vessie à peu près la même quantité que les autres jours. Au bout de trois ou quatre heures, l'urine reprit son cours par le vagin, et les douleurs disparurent comme par enchantement. Cette malade raconta que, plusieurs fois, elle avait éprouvé des accidents analogues, lorsque l'écoulement de l'urine par le vagin avait été suspendu. Dès lors l'idée d'une communication entre l'uretère gauche et l'utérus surgit tout à coup à M. A. Bérard. Dans cette hypothèse, l'urine sécrétée par le rein gauche était versée dans la cavité utérine, à travers la communication urétéro-utérine; et comme, suivant toute probabilité, l'extrémité vésicale de l'uretère était oblitérée, l'obstruction momentanée de la fistule était suivie de l'accumulation de l'urine dans ce canal excréteur : de là les douleurs vives qu'avait éprouvées la malade. Afin de savoir si la quantité d'urine qui s'écoulait par les parties génitales était à peu près la même que celle qui s'accumulait dans la vessie, on les recueillit séparément. Pour cela, on commença par vider complétement la vessie avec la sonde; puis on fit placer la malade sur une chaise percée, où se trouvait un vase disposé pour recevoir le liquide qui s'écoulait par les parties génitales. Au bout de deux heures, on retira avec la sonde l'urine qui s'était accumulée dans

la vessie, et on la compara avec celle qui s'était écoulée par le vagin. La quantité était à peu près la même; mais celle qui avait séjourné dans la vessie était beaucoup plus foncée en couleur que celle qui avait traversé la fistule. Cette expérience, répétée plusieurs fois avec des variations dans sa durée, donna toujours des résultats identiques. Le 23, afin de déterminer d'une manière certaine si la communication avait lieu entre la vessie et l'utérus, ou bien entre l'uretère et l'utérus, on poussa dans la vessie une injection colorée avec de l'indigo; puis on appliqua le doigt immédiatement sur le méat urinaire pour empêcher le liquide de sortir. Entr'ouvrant alors le vagin de manière à mettre à découvert l'orifice du col de l'utérus, il fut facile de s'assurer que le liquide qui s'écoulait par ce conduit ne venait pas de la vessie; car il était parfaitement transparent, incolore, et possédait l'odeur et la saveur de l'urine. La démonstration était complète; ne pouvant guérir cette malade de l'infirmité dégoûtante dont elle était atteinte, on s'occupa de lui faire un urinal adapté sur le col de l'utérus, et maintenu à l'aide d'une tige recourbée, montée sur un bandage herniaire. La malade ne put supporter cet appareil, et fut obligée de s'en tenir à un urinal ordinaire, fixé sur la cuisse et adapté à la vulve. Les urines ont été analysées par M. Bouchardat le 2 mai 1845, et elles ont donné le résultat suivant :

Urines recueillies dans la vessie.		*Urines qui ont traversé les parties génitales.*
Limpides, colorées, en jaune odorantes; densité, 1025 à la température de 15°; réaction acide. Évaporées à un bain-marie pour une quantité ramenée par le calcul à 1000 gr., elles ont donné 37,80 g. de résidu, composé comme suit:		Limpides, très-peu colorées; peu odorantes; densité, 1,0115 rougissant faiblement le papier de tournesol. Exposées au bain-marie, elles ont fourni 20,25 gr. pour 1000 gr. d'urine. Résidu composé comme suit :
Urée	23,30 gr.	12,20 gr.
Acide urique . .	0,60	0,14
Mucus.	0,17	0,10
Sel fixe	13,73	7,81
Quelques traces d'acide hippurique.		
	37,80 gr.	20,25 gr.

D'où il suit : 1° que ces urines ne diffèrent que par la quantité d'eau qu'elles contiennent; 2° que celles qui ont été recueillies dans la vessie en contiennent moins que celles qui ont traversé le vagin. (Thèses de Paris, n° 207; 1845.)

Éléphantiasis du scrotum (*Observ. d'— traité avec succès par l'excision des parties malades*); par M. le Dr Lenoir. — Un matelot âgé de 17 ans, qui avait habité le Brésil pendant six ans, et qui était retourné à diverses reprises dans les mêmes parages, mais à bord d'un bâtiment de l'État, avait eu, il y a trois ans, une blennorrhagie qui dura deux mois, et contre laquelle il n'employa aucun traitement. Quelques jours après la disparition de l'écoulement uréthral, une éruption pustuleuse presque générale, sans réaction, sans phénomènes précurseurs, se déclara principalement au dos, et disparut après quelques jours, pour reparaître encore, et ainsi de suite à plusieurs reprises. Il y a deux ans, sans cause déterminante connue, les bourses ont commencé à se tuméfier; au bout d'un an, le scrotum avait déjà acquis un volume considérable; et pendant les six mois que ce malade a passés en France, la tumeur a fait des progrès très-rapides. C'est alors qu'il est entré à l'hôpital Necker, le 6 mars 1844. Le scrotum avait à peu près la forme d'un sphéroïde, du volume d'une tête d'enfant de 8 à 10 mois. La peau de ces parties offrait une teinte rosée, légèrement colorée en brun dans plusieurs points, moins foncée que l'est en général la peau des bourses à l'état normal. Des deux côtés, au niveau du collet de la masse éléphantiasique, une portion de peau saine envahissait la tumeur, et formait sur ses faces latérales comme deux lambeaux semi-circulaires, dont le bord établissait une limite bien tranchée entre les parties malades et les parties intactes. Toute la peau comprise entre ces deux lignes était rugueuse, sillonnée de rides profondes, présentant en un mot assez d'analogie avec une peau d'orange vue à la loupe. Le raphé médian formait une crête saillante boursouflée, également coupée de sillons très-prononcés, et diminuant insensiblement de volume à mesure qu'on s'approchait du périné. La tumeur était parsemée de quelques poils rares. En prenant entre les doigts un point de la tumeur, on sentait qu'on déplaçait un liquide, mais qu'il restait toujours une couche épaisse, dure, résistante, constituée sans doute par la peau hypertrophiée. Du reste, la tumeur était tout à fait indolente; elle ne gênait que par son volume et par son poids. Les testicules et le cordon étaient parfaitement sains. Tous les traitements furent sans utilité; et le 30 juillet, M. Lenoir, sollicité par les vives instances du malade, lui pratiqua l'opération suivante : Après l'avoir fait coucher sur un lit comme pour l'opération de la taille, et fait lever la verge sur l'abdomen, il fit, à la face inférieure de la face uréthrale du pénis, une incision verticale, longue de 3 ou 4 centim., qui venait se termi-

ner à une autre incision transversale longue de 6 ou 7 centim., et ne comprenant, comme la première, que l'épaisseur de la peau encore saine en ce point. Ensuite l'opérateur incisa directement de haut en bas toute la tumeur, en suivant la direction du raphé. La peau présentait une épaisseur considérable et une résistance notable. Au-dessous d'elle se trouvait une masse comme gélatineuse, qui fut à son tour largement incisée. Pendant le temps de l'opération, il s'écoula une grande quantité de sérosité. La tumeur étant largement divisée dans toute sa profondeur, il mit les testicules à nu, tantôt s'aidant du bistouri, tantôt déchirant les tissus avec les doigts, et les fit relever et maintenir sur l'abdomen par un aide. Il ne restait plus qu'à enlever, avec la peau, les deux portions séparées par l'incision médiane. L'exécution de ce dernier temps fut singulièrement facilitée par l'incision transversale, qui avait été pratiquée à la partie supérieure. Les lambeaux furent détachés à larges coups de ciseaux, en prenant pour limite la ligne de démarcation dont nous avons parlé plus haut. On enleva encore, avec le bistouri, quelques cellules hypertrophiées et infiltrées, ainsi que les débris d'un type dense et nacré, qui paraissait être la lame intertesticulaire du dartos. L'opération fut terminée par le rapprochement et la suture des deux lambeaux de peau saine destinée à remplacer le scrotum. Il ne survint aucun accident sérieux, quoique la cicatrisation n'eût pas lieu par première intention. Le 16 septembre, la cicatrisation était complète. Le 3 octobre, il quitta l'hôpital. L'examen des pièces pathologiques a prouvé que l'affection consistait principalement dans un épaississement notable du derme, qui, au niveau du raphé, avait jusqu'à 6 et 7 millimètres. En ce point, on voyait en même temps un entre-croisement des fibres, extrêmement serré, et offrant au bistouri la résistance du type squirrheux. Çà et là on trouvait de gros follicules pileux, occupant toute la profondeur du tissu, renfermant une matière sébacée abondante, du milieu de laquelle sortait le poil terminé inférieurement par un bulbe hypertrophié; immédiatement au-dessus du derme, on trouvait une masse comme gélatineuse, transparente, citrine, cloisonnée par des lames résistantes dont les unes avaient un aspect nacré, une résistance fibreuse, dont les autres, plus minces, transparentes, étaient seulement coupées en différents sens par des cordons fibreux, tantôt très-rapprochés les uns des autres, tantôt très-épars. Ces différentes espèces de cordons semblaient se confondre vers le milieu de la tumeur avec les restes d'une lame fibreuse, nacrée, résistante. Enfin, au

dehors de ces tissus altérés, on trouvait des lames de tissu cellulaire souple, non épaissi, non infiltré. (J. T. Bergerot, Thèses de Paris, n° 31; 1845.)

BULLETIN.

TRAVAUX ACADÉMIQUES. — VARIÉTÉS.

I. *Académie royale de médecine.*

Questions de la contagion de la peste, et mesures sanitaires.

La commission a enfin permis à son rapporteur de lire dans la séance du 5 mai les conclusions pratiques qui devaient terminer le rapport. Voici ces conclusions, que la commission énonce sous forme de vœux à soumettre à l'administration :

I. *Indication des pays dont nous avons à craindre l'importation de la peste.* — Ces pays sont, en première ligne : l'Égypte, puis la Syrie, la Turquie d'Europe et d'Asie. — La régence de Tripoli, celle de Tunis, l'empire du Maroc, quoique présentant un moindre danger, exigent cependant une surveillance particulière.

II. *Précautions à prendre au départ des navires quittant des pays suspects pour se rendre en France.* — Tout capitaine d'un bâtiment quittant un des ports de l'Égypte, de la Syrie et de la Turquie, pour se rendre en France, devra être porteur d'une patente délivrée le jour même ou la veille de son départ par le consul français de la résidence.

A cette patente sera et restera annexé un certificat du médecin sanitaire français institué à cet effet, lequel constatera l'état de la santé du pays, celui des passagers et de l'équipage, ainsi que les conditions hygiéniques du bâtiment en partance.

La patente de santé sera *brute* quand règnera dans le pays du départ une épidémie pestilentielle, ou même quand celle-ci sera imminente.

La patente de santé pourra encore être *brute* lorsque les pestes sporadiques seront susceptibles, par leur nombre et leur intensité, de faire naître des craintes relativement à la propagation de la maladie.

Dans tous les autres cas, la patente sera *nette* provisoirement, et jusqu'à ce que des expériences, que nous regardons comme indispensables, autant dans l'intérêt de la santé publique que dans celui des relations internationales, aient résolu d'une manière évidente pour tous la question de la non-transmissibilité de la peste par les hardes et les vêtements, ces hardes et vêtements seront ventilés en mer avec les précautions convenables; ou bien les malles contenant le linge et les habits des passagers et de l'équipage seront plombées au lieu du départ, et ne seront ouvertes que dans un lazaret français. Dans ce dernier cas, on ne laissera à

la disposition des voyageurs et des marins que le linge et les vêtements nécessaires pour la traversée.

III. *Précautions à prendre pendant la traversée et lors des relâches.* — Tout bâtiment de la marine royale, tout paquebot-poste venant du Levant, aura à bord un médecin. Il est à désirer que le médecin placé à bord du paquebot-poste ressorte de l'administration de la Santé de France.

Ces médecins veilleront à l'observation rigoureuse des lois de l'hygiène, surtout en ce qui concerne l'aération des navires.

Ils inscriront chaque jour sur un registre tout ce qui est relatif à la santé des personnes à bord. En cas de maladie, ils s'attacheront à indiquer avec précision les antécédents des malades, les symptômes, la marche, le traitement, le mode de terminaison de toutes les affections observées. Tous les soirs, le capitaine arrêtera et signera ce registre, dont les feuillets seront cotés et paraphés par l'autorité désignée à cet effet. Si le navire vient à relâcher pendant le voyage, le certificat délivré au point de départ sera visé par le médecin sanitaire de la résidence, lequel consignera ses observations sur l'état de la santé du pays et de la localité. La patente elle-même sera visée et modifiée, s'il y a lieu, par le consul.

Le médecin du bord tiendra note exacte de toutes les communications accidentelles ou autres qui pourront avoir lieu pendant la traversée, ainsi que de toutes les circonstances importantes pour la santé qui pourront se rattacher à ces communications.

Quant aux navires qui n'auront pas de médecin sanitaire à bord, M. le ministre du commerce fera rédiger une instruction spéciale destinée aux capitaines, et contenant l'indication des signes auxquels on reconnaît la peste, des soins à donner aux pestiférés, des mesures à prendre pour prévenir la formation des foyers d'infection pestilentielle sur les navires, et pour les détruire s'ils viennent à se former.

Ces capitaines tiendront note, sur un registre coté et paraphé, de toutes les communications qui pourront avoir lieu, soit dans les ports de relâche, soit en mer, ainsi que de toutes les maladies éprouvées par les personnes à bord. Ces notes seront inscrites au fur et à mesure des événements.

IV. *Précautions à prendre à l'arrivée en France.* — Les capitaines des bâtiments de la marine royale, les capitaines des paquebots-postes et de tous autres bâtiments ayant un médecin sanitaire à bord, remettront à l'autorité compétente :

1° La patente et le certificat de santé y annexé qui auront été délivrés au port du départ ;

2° Le journal tenu par le médecin du bord, et constatant les maladies et faits médicaux survenus pendant la traversée.

Le médecin sanitaire du port d'arrivée, à qui ces deux pièces seront transmises, les examinera avec soin ; il se rendra ensuite à bord, constatera l'état de santé des passagers et des hommes de l'équipage, ainsi que les conditions hygiéniques du navire, et fera connaître le résultat de ses investigations dans un rapport dont le modèle sera tracé par l'administration.

Sur le vu de la patente et du certificat de santé délivré au départ, du journal médical du bord et du rapport rédigé par le médecin

sanitaire du port d'arrivée, l'autorité compétente prescrira la durée de la quarantaine et, s'il y a lieu, les mesures spéciales de désinfection à mettre en usage.

Pour les navires ayant un médecin sanitaire à bord et venant d'Égypte, de Syrie ou de Turquie avec une patente *nette*, la quarantaine sera de dix jours pleins, *à partir du départ*, quand la peste ni aucune maladie suspecte ne se sera manifestée à bord pendant la traversée.

La quarantaine sera de quinze jours pleins, *à partir du départ*, pour les mêmes navires arrivant avec patente *brute*, s'il ne s'y est manifesté ni peste ni maladie suspecte avant le départ ou pendant la traversée.

Pour les navires de commerce n'ayant pas de médecin sanitaire à bord, il sera prescrit une quarantaine d'observation de dix jours pleins, *à partir de l'arrivée*.

Lorsque les mêmes navires arriveront au port avec patente *brute*, mais sans avoir eu en mer ni peste, ni maladie suspecte, ils subiront une quarantaine de rigueur de quinze jours, *à partir de l'arrivée*.

Le bâtiment, quel qu'il soit, quelle que soit sa patente, qui aura eu pendant la traversée, ou qui aura lors de son arrivée dans un port français un malade atteint de la peste ou d'une maladie suspecte, sera soumis à une quarantaine de rigueur dont la durée sera déterminée par l'autorité sanitaire dudit port.

Les passagers et l'équipage seront transportés au lazaret et subiront une quarantaine qui sera de quinze jours au moins, et de vingt jours au plus.

Les marchandises seront débarquées et aérées.

Le navire, bien nettoyé, bien lavé, bien ventilé, bien purifié, restera vide pendant un mois au moins.

Des gardes de sûreté pourront être placés près du navire pour exercer sur lui la surveillance jugée nécessaire; mais il leur sera expressément défendu, ainsi qu'à toutes autres personnes, d'aller sur le navire en quarantaine sous quelque prétexte que ce soit.

Les hardes et vêtements qui n'auront pas été ventilés en mer et qui seront arrivés au lazaret français dans des malles plombées au port du départ, seront ventilés et subiront les purifications jugées convenables pour prévenir tout danger possible.

Les pestiférés admis dans le lazaret français devront y recevoir tous les secours et tous les soins qui sont donnés aux malades ordinaires dans les établissements hospitaliers les mieux dirigés et les mieux tenus.

Les bâtiments destinés à les recevoir seront disposés de manière à assurer aux pestiférés et aux personnes qui les soignent les meilleures conditions hygiéniques, et surtout une aération facile et complète, si nécessaire pour prévenir la fermentation des foyers d'infection pestilentielle.

Les médecins des lazarets recueilleront l'histoire complète de tous les cas de peste ou de maladie suspecte qui y seront traités. En cas de mort, ils consigneront dans un procès-verbal les résultats détaillés fournis par l'ouverture du cadavre.

V. *Mesures à prendre dans le cas où la peste viendrait à éclater dans une ville française.* — Si la peste se manifeste dans une maison, il faudra faire porter de suite le pestiféré dans un endroit éloigné et parfaitement aéré, où il recevra tous les soins que réclame son état. Tous les autres habitants se rendront dans un endroit désigné par l'autorité, où ils seront soumis à la surveillance d'un médecin. La maison évacuée sera nettoyée, lavée, aérée, purifiée, et devra rester vide pendant un mois au moins.

Plusieurs maisons viennent-elles à être frappées, on tiendra pour chacune d'elles la conduite qui vient d'être indiquée; de plus, on invitera, et même on contraindra le plus grand nombre possible des habitants à sortir de la ville, en leur assignant des lieux de refuge et en les soumettant aux mesures d'isolement nécessaires pour empêcher la propagation de la maladie aux populations voisines. Si des villes entières étaient le théâtre d'une épidémie de peste, ces dispositions devraient être mises à exécution sur une plus grande échelle, et avec une rigoureuse sévérité; mais les principes ne changeraient pas : il faudrait toujours, d'une part, s'attacher à faire sortir des foyers épidémiques toutes les personnes non encore atteintes de la maladie; de l'autre, isoler, disséminer les pestiférés, en les plaçant dans des endroits élevés et bien ventilés, de manière à prévenir la formation des foyers d'infection pestilentielle.

Quinze jours après la lecture de ces dernières conclusions, commençait la discussion du rapport de la commission. Elle a occupé les deux dernières séances du mois passé et remplira sans doute toutes celles du mois actuel, si elle ne va bien au delà. Jusqu'à présent, ou du moins au moment où nous reproduisons la fin du rapport, MM. Fréderic Dubois, Rochoux et Castel avaient été entendus. Nous ne croyons pas utile de dire maintenant ce que nous pensons des travaux de la commission et de l'œuvre étendue de son rapporteur. Il y aurait aussi inconvénient à scinder l'analyse d'une discussion qui promet d'être longue, sinon fructueuse. Toutefois, quel que soit le jugement définitif que l'on porte sur les opinions formulées par la commission et sur la singulière multiplicité de ses conclusions, nous devons rendre hommage au zèle remarquable du rapporteur et au talent avec lequel il a exposé toutes les pièces du procès. Mais nous ne pouvons nous empêcher de dire d'avance, avec M. Frédéric Dubois, qui a attaqué avec beaucoup de force certaines parties du rapport et ses principales conclusions, que la conclusion aurait certainement beaucoup facilité et abrégé la discussion, si, se renfermant dans le sujet qui lui était donné, elle se fût bornée à examiner si la peste est contagieuse ou transmissible en dehors des foyers endémiques et épidémiques et ce que doivent être en conséquence nos mesures sanitaires.

II. *Académie royale des sciences.*

Composition chimique du café. — Opium indigène. — Tampon-vessie contre la métrorrhagie. — Traitement de l'empoisonnement par l'arsenic. — Prix.

M. Payen a lu, dans la séance du 4 mai, la première partie d'un travail intéressant sur le café. Si la chimie a jusqu'à présent fourni peu de données utiles aux sciences physiologiques et médicales, et moins encore à l'hygiène et à la thérapeutique, on n'en doit pas moins recueillir avec soin ses enseignements comme devant former l'un des éléments d'une science future plus complète. On connaît les résultats des analyses chimiques dont le café a été l'objet depuis le commencement du siècle, et surtout la découverte d'un principe immédiat très-azoté, la *caféine*, substance identique à la *théine*, trouvée depuis dans les feuilles du thé, et qui contiendrait, d'après MM. Vœhler et Liebig, 0,288 d'azote. Robiquet avait aussi signalé dans le café deux substances grasses, dont l'une lui parut analogue aux résines et douée d'une saveur âcre, et une matière sucrée à odeur balsamique. Tout récemment, en 1844, un chimiste allemand, M. Rocheleder, examina les matières grasses du café, dont il retira par la saponification, de l'acide palmitique et de l'acide oléique, et il indique la présence d'une autre substance azotée, la *légumine*. Malgré tous ces travaux, M. Payen, jugeant les connaissances chimiques sur le café insuffisantes pour répondre aux questions de composition élémentaire et de propriété nutritive de l'infusion, s'est livré à de nouvelles recherches; nous ne pouvons qu'en donner les résultats sommaires.

Laissant de côté les résultats que M. Payen a retirés de l'examen microscopique, nous négligerons la cellulose et les corpuscules organiques azotés qu'il a reconnus dans le café, pour passer aux résultats chimiques. Afin de rechercher si réellement aucune autre substance azotée que la caféine ne se trouvait dans la décoction de café, M. Payen essaya de déterminer les proportions et la composition élémentaire des substances extraites par l'eau froide et par l'eau bouillante, du café à l'état normal et de celui qui a subi une torréfaction plus ou moins avancée. D'après ses expériences, 100 p. de café normal contenant 2,45 d'azote, ayant donné 75 de café torréfié brun, qui ne contenait que 1,77 d'azote, la perte en azote ou en substances organiques équivalentes égale 0,68. Voici la proportion des substances solubles dans l'eau bouillante, relativement à cha-

cun des degrés de torréfaction (1[er] degré : teinte rousse légère, déperdition ou poids, 15; — 2[e] degré: couleur marron, perte 20; — 3[e] degré : brun, perte 25).

100 p. laissèrent dissoudre du café brun, 37,25; du café marron, 37,10; du café roux, 37. L'avantage resterait donc au produit de la plus légère torréfaction, car la perte en substance soluble serait sensiblement dans le même rapport que la déperdition en poids, : : 25 : 15.

Pour établir la comparaison d'une autre manière, M. Payen opéra comme dans la préparation ordinaire, et filtrant sur 100 gr, de chacun des cafés moulus 1 litre d'eau bouillante, il obtint les résultats suivants : café brun, 16,15; café marron, 19; café roux, 25. Les différences relatives aux proportions d'huile essentielle ou d'arome sont dans le même sens. De plus, la torréfaction jusqu'à la couleur brune, en altérant trop profondément les matières organiques azotées, développe des huiles empyreumatiques à odeur désagréable.

Si l'on considère maintenant, sous les rapports des qualités nutritives, l'infusion aqueuse et les mélanges usuels, on trouve les résultats suivants :

ÉQUIVALENTS DES EXTRAITS EN AZOTE OU MATIÈRES AZOTÉES

ESPÈCES de Produits.	Pour 100 d'extrait sec.			Extrait.	Pour 1 litre d'infusion.	
	Substances minérales.	Azote.	Substances azotées.		Azote.	Substances azotées.
Café brun. . .	18,9	4,36	gr. 27,03	16	0,703	gr. 4,35
Café marron .	16,9	3,82	23,68	19	0,726	4,53

Les proportions des divers éléments dissous étant plus fortes dans l'infusion du café le moins torréfié, on voit que, sous ce rapport, comme sous le rapport plus important de la qualité aromatique, on doit donner la préférence à une torréfaction légère.

Le café à l'eau préparé avec 100 grammes pour 1 litre, contenant 20 grammes de substances alimentaires, représente trois fois plus de substance solide que 1 litre de liquide obtenu en faisant infuser 20 grammes de thé. Si l'on établit la comparaison en ajoutant l'influence du lait, 1 litre étant supposé formé de parties égales de café et de lait, on aura :

	Substance solide.	Substance azotée.	Matières salines, grasses, et sucre.
Pour ½ litre de café	9,5	4,53	4,97
—— ½ litre de lait	70,0	45,00	25,00
Sucre en moyenne	75,0	»	75,00

Ce liquide alimentaire représente six fois plus de substance solide et trois fois plus de substance azotée que le bouillon. Le rapport ne varierait pas sensiblement relativement au sucre, si on l'appliquait au café à l'eau, qui est en général plus faible.

M. Payen compare ensuite, sous les mêmes rapports, le *café de chicorée* au café exotique, et établit, qu'indépendamment de la saveur, de l'arome et des propriétés stimulantes qui font la véritable supériorité du café, l'infusion de celui-ci contient moitié plus de substances azotées que la solution de chicorée.

— La séance du 18 mai a présenté plusieurs communications intéressantes. D'abord, MM. A. Becquerel et A. Rodier ont soumis à l'Académie de *nouvelles recherches sur la composition du sang dans l'état de santé et dans l'état de maladie*, recherches que l'on ne pourrait sans inconvénient exposer isolément, et sur lesquelles nous aurons par conséquent à revenir.

M. Aubergier fait part des résultats qui ont suivi ses *Essais de culture de plusieurs variétés de pavot somnifère*. D'après ses expériences faites dans la Limagne d'Auvergne, la qualité de l'opium dépend de la variété de pavot qui l'a produit, et, pour une même variété, de l'époque plus ou moins avancée de maturité de la capsule au moment de la récolte, la quantité de morphine que contient le suc laiteux diminuant à mesure que le fruit mûrit. L'influence du climat a donc peu d'importance, si même cette importance n'est pas tout à fait nulle. Une meilleure qualité d'opium, et surtout une qualité plus constante que celle que nous fournit le commerce, peut être obtenue, soit sur notre sol, soit dans nos possessions algériennes.

M. Stein, chirurgien accoucheur à La Haye, adresse un mémoire sur l'*implantation du placenta sur l'orifice de la matrice*. Dans ce mémoire, qui se rattache à un mémoire plus étendu déjà publié, l'auteur a eu pour but principal de faire ressortir les avantage d'un appareil imaginé par M. Wellenbergh, pour remédier aux accidents que détermine l'implantation du placenta sur le col de l'utérus : appareil auquel a été donné le nom de *tampon-vessie*. Nous attendrons le rapport qui doit être fait sur ce sujet de pratique obstétricale pour en parler.

Enfin, M. A. Bussy a adressé une note sur l'*emploi de la magnésie dans le traitement de l'empoisonnement par l'acide arsénieux.* Les résultats de ce travail sont les suivants :

1° Le charbon animal purifié, proposé récemment pour combattre l'empoisonnement par l'acide arsénieux, ne saurait être employé avec succès pour cet usage.

2° La magnésie pure, mais faiblement calcinée, peut absorber facilement l'acide arsénieux en dissolution, et former avec lui un composé insoluble même dans l'eau bouillante.

3° A l'état gélatineux elle l'absorbe plus promptement encore.

4° Les animaux auxquels on a administré de l'arsenic sont constamment sauvés lorsqu'on leur fait prendre des doses suffisantes de magnésie.

5° Cet antidote présente sur ceux qui sont connus et employés l'avantage de le rencontrer toujours prêt chez tous les pharmaciens; il neutralise facilement et complétement le poison; il peut être administré sans inconvénient à forte dose, et ses effets thérapeutiques généraux sont par eux-mêmes en rapport avec les indications que l'on doit chercher à remplir dans ce genre d'empoisonnement.

6° La magnésie décompose l'émétique, les sels de cuivre, le sublimé corrosif, et il y a lieu de croire qu'on pourra l'employer avec succès pour combattre et atténuer les effets de ces substances toxiques, et celui des sels métalliques en général.

7° Les sels des alcalis organiques, morphine, strychnine, etc., étant également décomposés par la magnésie, l'emploi de cette substance dans les cas d'empoisonnement par les produits organiques qui doivent leur action à la présence des alcalis végétaux pourrait avoir pour résultat de retarder et de rendre plus difficile l'absorption du poison : c'est ce que l'auteur se réserve de vérifier par des expériences ultérieures.

— Le 11 mai, l'Académie a tenu sa séance publique annuelle. On y a entendu l'éloge de Monge, prononcé par le célèbre secrétaire perpétuel, M. Arago, et les prix y ont été proclamés. Nous ne nous occuperons, comme d'ordinaire, que de ceux qui concernent les sciences physiologiques et médicales.

L'Académie n'ayant reçu aucun ouvrage de physiologie expérimentale proprement dite, la commission a dû porter son attention sur les ouvrages qui lui ont paru se rapprocher le plus du sujet. En conséquence le *prix de physiologie expérimentale* a été accordé à M. Agassiz, pour son *Histoire des poissons fossiles* et l'*Histoire des*

poissons d'eau douce de l'Europe centrale. Un autre prix a été décerné à M. Bischoff, pour son ouvrage ayant pour titre : *Histoire du développement de l'œuf et du fœtus du chien.* — Une mention honorable a été accordée à M. Raciborski pour ses travaux sur l'*ovulation spontanée dans l'espèce humaine.*

Pour les *prix de médecine et de chirurgie*, l'Académie a jugé qu'aucun ouvrage soumis à son examen ne contenait de découverte assez importante pour les mériter. Elle a seulement accordé :

1° Une somme de 1500 fr. à M. Amussat, comme récompense pour ses *Expériences et ses observations sur les blessures des vaisseaux sanguins ;*

2° Une somme de 1200 fr. à M. Bonnet comme récompense pour ses recherches sur les *maladies des articulations ;*

3° Une somme de 600 fr. à MM. Alfred Becquerel et Rodier, comme encouragement pour leurs travaux *sur la composition de l'homme à l'état de santé et à l'état de maladie ;*

4° Une somme de 500 fr., également à titre d'encouragement, à M. Réveillé-Parise, pour ses observations sur l'*emploi des feuilles minces de plomb dans le pansement des plaies ;*

5° Une pareille somme, au même titre, à M. Morel-Lavallée, pour son mémoire sur les *luxations de la clavicule ;*

6° Enfin une mention honorable à M. Donné, pour ses travaux de *microscopie appliquée à l'étude pathologique des liquides de l'économie*, et à M. Clias, pour ses *méthodes de gymnastique.*

III. *Procès pour exercice illégal de la médecine.*

Nous avons toujours répugné à faire entrer dans le champ de la critique scientifique, même pour en démontrer la vanité, toutes ces inventions journalières du mensonge et de l'erreur qui, sous les noms d'homœopathie, de magnétisme, de somnambulisme, sont venues tour à tour satisfaire ce besoin de crédulité naturel à toutes les masses, et que ne peut détruire la civilisation même la plus avancée. La science n'a malheureusement rien à voir à ces superstitions de tous les âges, auxquelles elle prête souvent des forces en les combattant, et qu'il faut laisser le soin d'abattre au temps et au juste retour de l'esprit humain. Aussi bien avons-nous pensé devoir épargner à nos lecteurs l'énumération stérile et dégoûtante de ces panacées qui se disputent la lumière de la publicité : ami du sang, an-

tiglaireux, sirop dépuratif, eau sédative, médecine chimique, médecine naturelle, médecine domestique, eau froide, électricité, camphre, passes magnétiques, globules, cigarettes, repassage au fer chaud, massage, reboutage, etc. etc.; et ne pas remuer cette fange d'associations illégales entre pharmaciens et médecins, ou de contrats honteux passés entre des docteurs et d'indignes charlatans à qui ils prêtent leur nom, leur signature, et, pour plus de facilités encore, la griffe mensongère qui peut les remplacer; entre des docteurs et de prétendus somnambules; entre des docteurs enfin et des commères de bas étage, qui explorent les organes les plus secrets de la femme et dictent des ordonnances que le médecin ne craint pas d'écrire et de contre-signer dans l'arrière-boutique. Par la même raison qui nous a déjà arrêtés tant de fois en pareille circonstance, nous n'aurions pas parlé davantage du nouveau scandale qui vient de se dénouer, le 19 mai, à l'audience de la police correctionnelle, et où figurait un nom qui aurait pu devenir scientifique et un homme que des antécédents sérieux et un titre universitaire honorable auraient dû préserver à tout jamais d'une pareille chute. La position même et l'espèce de célébrité triviale du principal prévenu ne nous auraient pas fait rompre le silence, s'il ne nous paraissait utile de relever de graves erreurs accréditées près de certaines personnes par le jugement et les débats eux-mêmes, et si, surtout, les intérêts et la responsabilité de l'association de prévoyance des médecins de Paris engagés et dignement soutenus, d'ailleurs, dans ce procès, ne nous faisaient un devoir de revenir en quelques mots sur l'arrêt qui a frappé le sieur Raspail pour exercice illégal de la médecine.

On sait avec quel cynisme de forfanterie ce chimiste, s'improvisant médecin et fondant ce qu'il appelle une méthode hygiénique et curative appropriée à je ne sais quelle histoire naturelle de la santé et de la maladie, après avoir affiché, colporté, débité dans les carrefours, le plus connu, le plus simple, mais aussi le moins universel des remèdes, finit, pour donner plus d'extension à son commerce, par passer d'abord devant notaire, avec un pharmacien, une association, déjà féconde en débats litigieux et à moitié rompue; puis par prendre à gage un secrétaire pourvu d'un diplôme, et destiné à l'assister dans ses consultations prétendues gratuites, faites pour tromper doublement la crédulité des malades. Un tel scandale dut être réprimé, et l'autorité, avertie par l'association des médecins de Paris, dirigea contre le chimiste que nous avons nommé des poursuites qui se

sont terminées par une condamnation en *quinze francs d'amende*, par application de la loi de germinal an XI.

Nous passons sur les détails de l'audience ; nous ne voulons pas donner à l'accusé la satisfaction de nous entendre servir d'échos aux délirants emportements de son orgueil et aux transports de sa vaniteuse ignorance ; nous regrettons seulement qu'en présence d'un charlatanisme qui n'a cherché à se défendre que par l'injure, le ministère public se soit laissé prendre à cette menteuse apologie et se soit presque incliné devant ce prétendu savant, qu'il s'étonnait d'accuser, et dans la conduite illégale duquel il semblait ne voir de condamnable qu'un oubli des formalités prescrites par la loi. L'honorable magistrat qui présidait le tribunal, et dont le nom, illustré par la science, est une obligation envers les médecins, M. Hallé a montré, par quelques sévères paroles, qu'il comprenait et jugeait mieux le caractère de l'accusé. Mais, pour nous, ces détails ont peu d'importance : une question plus haute domine cette triste et misérable cause.

Certes, nous ne dirons pas dans cette circonstance, comme un ex-orateur du congrès, que les magistrats n'ont pas fait leur devoir. Saisi par un avertissement de l'association de prévoyance, M. le procureur du roi n'a pas hésité, comme, d'ailleurs, dans toutes les occasions analogues, à ordonner des poursuites ; les juges ont fait tout ce que la loi leur permettait de faire. L'association des médecins elle-même a été mue par les sentiments les plus honorables et les plus justes en signalant une si scandaleuse infraction aux lois de la part d'un homme qui prétend les connaître et s'y conformer. Ces sentimens ont été parfaitement exprimés par M. Orfila, président de l'association, qui, forcé de renoncer à la réserve qu'il avait cru devoir s'imposer dans cette affaire, est venu soutenir avec une dignité si ferme, un langage si convenable et si modéré, les principes de l'association mise en cause, et l'honneur même de la profession attaqué. Et, cependant, en présence de l'arrêt rendu, n'est-il pas permis de se demander quelle action répressive peut avoir une condamnation à 15 francs d'amende, quel peut en être l'effet moral ; et si, jusqu'à ce que la législation ait été modifiée à cet égard, ce qui doit inévitablement arriver, il ne vaudrait pas mieux s'abstenir de provoquer des poursuites si stériles et se borner à se munir pour l'avenir de toutes les preuves nécessaires à l'action d'une loi nouvelle ? Il est certain, et nous avons entendu cette opinion exprimée par un grand nombre d'hommes qui peuvent passer dans le monde pour des esprits distingués, il est certain que, dans le public, incapable de juger la question au fond et toujours

prêt à donner raison aux charlatans audacieux, les gros mots et l'obscure faconde du prévenu ont pu donner le change sur la légitimité de la plainte, et qu'on n'a vu dans l'arrêt qu'une nécessité légale, à laquelle auraient cédé malgré eux les magistrats, en atténuant la condamnation autant qu'ils l'avaient pu. Il y a là, nous n'hésitons pas à le dire, un nouveau scandale; et, à ce point de vue, nous déplorons la publicité d'un pareil procès. Ne semble-t-il pas, en effet, que le seul tort de l'accusé ait été de manquer d'un diplôme, tandis que ses écrits et sa conduite respirent à la fois l'ignorance et le mensonge, et, s'adressant avec un double danger à la crédulité des pauvres malades, compromettent à la fois l'intérêt de la science, la dignité de l'art et la santé publique?

Si quelque chose peut justifier les vœux du corps médical appelant une loi nouvelle, à coup sûr ce sont les faits semblables à celui dont nous venons de nous occuper.

BIBLIOGRAPHIE.

Exposition des principes de l'organicisme, précédée de *Réflexions sur l'incrédulité en matière de médecine;* par Léon Rostan, D. M., professeur de médecine clinique à la Faculté de médecine de Paris, etc. 1846; in-8°, pp. xvi-268. Chez Labé.

On a souvent reproché à l'École de Paris de se livrer un peu exclusivement à la partie descriptive de la pathologie, de négliger la systématisation des faits, de ne point s'élever jusqu'à leur théorie, de manquer ou à peu près de doctrine. L'ouvrage que vient de donner un des professeurs de cette Faculté dont l'enseignement est le plus suivi est une réponse à cette accusation. D'ailleurs les idées qui sont consignées dans cette publication ne sont pas nées d'hier; elles ont été professées par l'auteur, dès le début de sa carrière médicale, dans des cours particuliers qui ont eu beaucoup de retentissement et n'ont pas peu contribué à lui faire ouvrir les portes de l'École. Après vingt-cinq années d'études et de méditations, après un examen attentif et consciencieux des objections qu'elles ont soulevées, elles sont encore le dernier mot de sa philosophie médicale. La nature et la forme de cet ouvrage, l'accent de confiance et même d'enthousiasme que l'on y trouve depuis la première jusqu'à

la dernière page, présentent un intérêt tout à fait inusité à une époque où, à force de sévérité et de scepticisme, la conviction et les croyances sont peut-être devenues trop rares; mais hâtons-nous de résumer dans quelques propositions les principes de l'organicisme, et d'indiquer, faute d'espace pour analyser, les points sur lesquels ont porté les principaux développements.

«1° Pour le médecin, il n'existe dans l'homme que des organes et des fonctions.

«2° Les fonctions ne sont que les organes en exercice, elles ne sont que des effets.

«3° Les organes, dans certaines conditions de forme, de volume, de consistance, de couleur, de texture, de composition intime, etc., sont dans l'état normal et exercent des fonctions normales: *c'est l'état de santé.*

«4° Les organes, dans d'autres conditions de forme, de volume, de consistance, de couleur, de texture, de composition, etc., sont dans l'état anormal et exercent des fonctions anormales: *c'est l'état de maladie.*

«Organes sains, fonctions saines; organes malades, fonctions malades: voilà toute la médecine.

«5° Mais les organes peuvent être malades de beaucoup de manières; la nature des maladies est très-variée; il existe des maladies *spéciales*, des maladies *spécifiques*.

«6° Les fluides qui sont ou des effets d'organes ou des éléments d'organes peuvent être malades; ils peuvent l'être primitivement ou secondairement.

«7° Tous les organes peuvent être primitivement malades.

«8° Enfin la différence des forces dans les individus a paru jouer un si grand rôle dans les maladies et influencer à un tel point leur thérapeutique, que l'auteur a cru devoir en faire une proposition à part.» (P. 84 et 85.)

La démonstration de chacune de ces propositions comprend autant de chapitres que je regrette de ne pouvoir analyser. Il serait également trop long d'indiquer en quoi cette doctrine diffère de plusieurs autres qui ont avec elle des points communs, et voudraient usurper jusqu'à son nom. La même raison m'empêche d'établir historiquement comment ces idées, simples comme tout ce qui est vrai, si simples qu'elles semblent avoir dû être admises de tout temps et appartenir à tout le monde, M. Rostan a cependant le mérite de les avoir formulées le premier.

Quelque différents que soient ces principes de ceux de l'école spiritualiste que l'auteur combat dans tout le cours de son ouvrage, il tient cependant à établir que sa doctrine n'implique rien de contradictoire à l'existence de Dieu et de l'âme; loin de là, on peut en tirer des arguments favorables à celle-ci, et ils sont présentés avec quelque développement : mais d'autre part, il insiste sur ce point que le médecin doit prendre l'homme une fois créé; qu'il ne lui appartient nullement de remonter plus haut et qu'il n'en a nul besoin; c'est à l'organisation seule, une fois accomplie, qu'il a affaire. « Ainsi l'homme, une fois créé, est un ensemble d'organes disposés pour agir pendant un certain laps de temps, et cette faculté d'agir résulte fatalement de cette *disposition organique.* »

« D'où il suit rigoureusement que l'état de santé et de maladie ne peuvent être que le résultat de la manière d'être de cette organisation; et que c'est cette *manière d'être* qui doit être le *but*, la *fin* de toute étude, de toute science médicale. » (P. 98.)

Le système des forces et des propriétés vitales créé par l'illustre Bichat, adopté et amplifié par les médecins vitalistes de notre siècle, a été exposé avec sincérité et dans toute sa force apparente, puis réfuté longuement au point de vue de la philosophie et de la physique, et démontré, par de nombreux emprunts à la clinique, d'une application dangereuse dans la *pratique médicale.* Là en définitive est tout l'intérêt; aussi l'auteur ramène-t-il toujours la question sur ce terrain.

On comprend, après les principes que nous venons d'exposer, l'importance que M. Rostan doit attacher aux recherches d'anatomie pathologique qu'il examine, dans la troisième partie de l'ouvrage, sous le rapport des services qu'elle peut rendre à la thérapeutique. On y trouve une réponse victorieuse à ce défi si souvent porté aux médecins qui soutiennent l'utilité de l'étude des lésions organiques, et l'on se laisse amener naturellement à conclure, avec le professeur, « que l'anatomie pathologique a éclairé à un haut degré, qu'elle éclaire encore et doit éclairer à l'avenir la thérapeutique des maladies. » (P. 265.)

La première partie de l'ouvrage, dont il nous reste à parler, n'était pas exclusivement destinée, comme le fait pressentir son titre *Réflexions sur l'incrédulité en matière de médecine*, aux personnes qui s'occupent de l'art de guérir. Toutefois il en est parmi ces dernières, et j'en pourrais citer des plus illustres, auxquelles on doit en recommander la lecture; qu'elles lisent avec attention et je ne désespère pas de leur conversion. Quant aux savants, physiciens,

philosophes ou autres, aux artistes, aux gens du monde, qui, par leur position, ne sont pas tenus de connaître notre science, et qui partant ont le droit de douter, ils verront que la médecine, qui appartient à la fois aux sciences et aux arts, peut marcher tête haute au milieu des uns et des autres, justiciables comme elle de la plupart des incertitudes et des imperfections qu'on lui a reprochées, sans avoir été plus fécondes, par leur côté positif et parfait, en résultats utiles au genre humain. Enfin, les médecins qui ont vraiment foi dans leur mission, ce sont heureusement les plus nombreux, liront avec plaisir ce plaidoyer solide et brillant.

V...A.

Du hachisch et de l'aliénation mentale, études psychologiques ; par J. Moreau. Paris, 1845; in-8°, 431 pages. Chez Fortin, Masson et Cie.

On a, dans ces derniers temps, beaucoup parlé du hachisch, et tout le monde connaît, au moins par ouï-dire, les effets singuliers de cette substance, qui, prise à une dose convenable, détermine une ivresse particulière. Mais ce que tout le monde ne comprendra pas, c'est cette réunion dans un même ouvrage du hachisch et de l'aliénation. L'explication du fait est cependant très-simple : M. Moreau, qui, dans un voyage en Orient, avait eu souvent occasion de prendre de cette substance, avait été frappé de ses effets sur l'intelligence; il a voulu à Paris, tant sur lui que sur les autres, continuer ses expériences et ses observations, qui lui avaient fait voir une grande analogie entre l'état dans lequel nous jette le hachisch et la folie; il a voulu, par l'analyse de l'un et de l'autre, démontrer cette analogie, et par là arriver à la connaissance de cette opération mystérieuse par laquelle les idées se pervertissent et la raison se perd. Voyons donc comment il a procédé et à quels résultats il est parvenu.

Après avoir appris à ses lecteurs ce que c'est que le hachisch et avoir cité deux histoires, peut-être un peu poétiques, d'ivresse produite par cette substance, M. Moreau entre en matière et pose d'abord pour principe que « il n'est aucun fait élémentaire ou constitutif de la folie qui ne se rencontre dans les modifications intellectuelles développées par le hachisch, depuis la plus simple

excitation maniaque jusqu'au délire le plus furieux, depuis l'impulsion maladive la plus faible, l'idée fixe la moins compliquée, la lésion des sensations la plus restreinte jusqu'à l'entraînement le plus irrésistible, le délire partiel le plus étendu, les désordres de la sensibilité les plus variés.» Pour démontrer ce qu'il avance, M. Moreau passe tour à tour en revue les divers phénomènes produits par le hachisch, et les comparant aux diverses formes de la folie, il les trouve identiques. Ainsi, sous le rapport des *modifications physiques*, il trouve dans l'aliénation mentale, comme dans l'ivresse qui résulte du hachisch, les sensations de froid, de chaleur dans diverses parties, les spasmes, les constrictions, les palpitations, etc. Le *sentiment de bonheur* que procure le hachisch, on le trouve dans plusieurs cas de folie commençante, et notamment dans celle qui s'accompagne d'une lésion générale des mouvements (paralysie générale des aliénés). L'*excitation*, la *dissociation des idées*, qui, selon M. Moreau, sont un résultat des plus constants de l'ivresse que procure le hachisch, c'est dans le délire maniaque que ce médecin trouve naturellement leurs analogues. Quant à l'*erreur sur le temps et l'espace*, que tous ceux qui ont pris l'extrait de chanvre d'Orient ont cité comme un phénomène qui les a le plus frappés, tout le monde connaît des faits curieux de folie dans lesquels on a observé ce symptôme; porté souvent, il est vrai, à un plus haut degré de folie que dans l'ivresse du hachisch, mais ayant au fond le même caractère. Mêmes observations relativement à la *sensibilité exaltée de l'ouïe* et à l'*influence de la musique*, qui ne se retrouvent, suivant M. Moreau, que chez les maniaques à l'état de *simple excitation*. Nous verrons tout à l'heure quelle est la valeur que l'auteur donne à ce mot. Quant aux *idées fixes*, aux *convictions délirantes*, tout le monde connaît ce qui s'est passé à cet égard dans la folie; or, M. Moreau cite plusieurs faits dans lesquels on a observé les mêmes phénomènes que dans l'ivresse du hachisch. Enfin, il arrive aux mêmes conclusions quand il compare dans l'état mental morbide, et dans celui qu'a produit la substance particulière dont nous parlons, soit la *lésion des affections*, soit les *impulsions irrésistibles*, soit les *illusions* et les *hallucinations*.

Dans l'impossibilité où nous sommes de donner une analyse exacte des divers chapitres que M. More u a consacrés à l'examen de ces différentes questions, nous avons cru ne pouvoir mieux faire que de présenter ce cadre fort simple qu'il s'est tracé, et où il passe en revue comparativement les phénomènes principaux et de

la folie et de l'ivresse du hachisch. Son but est, comme nous l'avons indiqué, de démontrer qu'ils sont semblables des deux côtés, à des nuances d'intensité près, afin qu'ayant pu étudier expérimentalement l'état particulier produit par le hachisch, il lui fût permis ensuite, procédant du connu à l'inconnu, de s'assurer quel est, suivant son expression, le *fait primordial de la folie.*

Avant d'énumérer cette théorie de M. Moreau, disons un mot de ce que nous avons ressenti nous-même sous l'influence du hachisch ; car nous avons voulu en parler en connaissance de cause, et nous nous sommes soumis à cette expérience. D'abord nous avons reconnu l'existence de certaines sensations physiques indiquées par l'auteur, et qui ouvrent généralement la scène. Soit chez nous, soit chez ceux qui étaient en même temps que nous sous l'influence de la substance dont il s'agit, il y a eu ces compressions de la tête, ces sensations particulières dans la colonne vertébrale qui font partie des phénomènes physiques. Puis est survenue une gaieté extrême, sans motif véritable ; un rire bruyant, inextinguible, convulsif. Cette hilarité, qu'on pourrait appeler toxique, nous paraît être le caractère le plus général de l'ivresse du hachisch, et nous l'avons vu se montrer alors même que tous les autres phénomènes ont manqué. Enfin, il est survenu chez nous une espèce de somnolence lucide, un état intermédiaire entre la veille et le sommeil, très-fréquemment interrompu par de courts réveils, et cet état s'est prolongé pendant plusieurs heures. Pendant les moments de demi-sommeil, dans lequel tout ce qui se passe autour de soi est perçu, et dans lequel on peut se livrer à tous les actes que fait une personne éveillée, l'idée du temps et de l'espace est notablement altérée, et toujours le temps nous a paru plus long et l'espace plus grand, ce que nous avons pu constater facilement en regardant une montre à chaque réveil véritable. Une demi-heure, une heure nous semblait écoulée, et il y avait à peine une minute que nous avions regardé la montre. Quant aux illusions, aux hallucinations, etc., nous n'avons pu en constater l'existence ni chez nous ni chez les autres. Nous ne prétendons pas dire par là qu'elles ne peuvent pas avoir lieu ; ce qui ne se produit pas chez l'un peut bien se produire chez l'autre ; nous nous contentons de signaler le fait. Néanmoins, et sans doute M. Moreau pense comme nous, cela prouve qu'il faut un peu se tenir en garde contre certains récits merveilleux faits par des personnes à l'esprit poétique, et qui de très-bonne foi ont pu

mettre sur le compte du hachisch les rêves fantastiques de leur imagination.

Si nous joignons à ces phénomènes une indifférence complète pour le monde extérieur, nous aurons dit ce que nous a fait éprouver le hachisch. Maintenant faut-il, avec M. Moreau, reconnaître que ces phénomènes sont le résultat d'une *excitation*, que la cause première de la folie est une excitation semblable, et que, par conséquent, l'excitation est le fait *primordial de la folie ?* C'est ce que nous hésitons a accepter, d'une manière absolue du moins, malgré les faits pleins d'intérêt rapportés par notre confrère.

Et d'abord, qui nous dit qu'il y a excitation du cerveau dans l'ivresse du hachisch? Des phénomènes analogues ne se passent-ils pas chez des sujets qui ne présentent aucun signe d'excitation? Déjà on avait cherché à expliquer la folie par l'*irritation*, ce qui n'est pas très-différent, et l'on connaît l'insuccès de cette tentative. En second lieu, qu'est-ce qui prouve que, même en admettant cette excitation dans l'ivresse du hachisch, il faut reconnaître son existence dans la folie? Les phénomènes sont les mêmes ou à peu près, soit; mais ne voyons-nous pas tous les jours, dans l'organisme, des causes très-différentes produire des phénomènes identiques? Si l'on invoque le raisonnement, on n'arrive donc pas à donner une preuve irrécusable de la solidité de cette théorie. Il faut s'adresser aux faits; mais les faits, à notre avis du moins, ne lui sont nullement favorables. C'est ce que nous allons chercher à établir dans le peu de mots qu'il nous est permis de consacrer ici à cette importante question.

M. Moreau, comparant la folie à l'ivresse produite par le hachisch, a été entraîné à regarder la première comme étant primitivement l'effet d'un état particulier du cerveau, qui soustrait les actions et les paroles à l'empire de la volonté, et c'est surtout chez les hallucinés qu'il trouve la preuve de ce qu'il avance. «Il y a, dit-il, chez l'halluciné plus qu'un fait nouveau dans l'esprit, fait qui serait bien ou mal apprécié, suivant les conditions d'intelligence de chaque individu. Il y a, outre le phénomène nouveau, un autre fait morbide psycho-cerébral primitif, qui est l'origine nécéssaire de ce phénomène, et en même temps de la foi irrésistible qui s'y attache, contre lequel tout raisonnement doit échouer, parce qu'il est en dehors du libre arbitre, de la raison et du sens commun.» Eh bien! c'est surtout sur ce point que nous ne som-

mes pas parfaitement d'accord avec l'auteur. Que les choses se passent, dans un grand nombre de cas, ainsi qu'il le dit, c'est ce qui n'est douteux pour personne; mais qu'il en soit ainsi dans tous, c'est ce que nous ne pouvons pas reconnaître. Nous pourrions citer un bon nombre de faits bien connus dans la science, et dans lesquels le traitement moral a prouvé que cette impulsion irrésistible n'existe qu'en apparence; mais nous ne voulons en rapporter qu'un seul, parce que, comme on va le voir, il est très-curieux sous un certain rapport.

Une fille de 42 ou 43 ans avait quitté ses parents depuis plus de dix-sept ans, et l'on ignorait ce qu'elle était devenue. Enfin, on apprit qu'elle était à l'hospice des aliénés de Strasbourg, où elle était entrée plusieurs fois, ne le quittant que pour mener la vie la plus misérable. Ses parents, qui habitent les Batignolles, s'empressèrent de la faire revenir. Elle arriva dans l'état le plus pitoyable, et nous fûmes appelé pour lui donner des soins : elle était d'une maigreur extrême et parlait d'une manière incohérente sur tout ce qui lui était arrivé, de telle sorte qu'on comprenait à peine ce qu'elle voulait dire. Elle avait dit reconnaître ses parents, mais elle était fort indifférente pour eux. Elle se levait la nuit, disant qu'elle allait trouver des personnes qu'elle connaissait; en un mot, le délire était évident. Ayant fait vainement des démarches pour la faire placer à la Salpêtrière, ses parents furent obligés de la garder. Tant qu'elle ne fit que se montrer extravagante dans ses actes et dans ses paroles, les parents reconnurent facilement que c'étaient là des signes de folie; mais un jour elle cria que des voleurs venaient, qu'ils étaient dans la cheminée, qu'ils allaient entrer dans la chambre, qu'elle les entendait, et qu'ils se préparaient à tout enlever. Sa mère, qui n'avait pas la moindre idée de ce que c'est qu'une hallucination, alla écouter à la cheminée, et n'ayant rien entendu, ne vit dans ce qu'avait dit la malade qu'une malice. Elle s'imagina dès ce moment que la folie était simulée pour inspirer de l'intérêt, pour se faire soigner et ne pas travailler. Dès ce moment aussi le traitement moral commença; seulement, au lieu d'être dirigé par un médecin, il le fut par une vieille femme ignorante, qui y mit la plus grande bonne foi et par suite la plus grande persévérance. La malade fut accusée d'être une menteuse, une paresseuse, menacée d'être au pain et à l'eau si elle ne travaillait pas, et si elle ne cessait pas de débiter de semblables mensonges. D'abord il y eut un peu de résistance; mais la malade

ayant dit un jour que les gendarmes venaient dans le jardin pour arrêter tout le monde, et qu'elle les voyait, la punition fut infligée. Dès lors les hallucinations cessèrent de se manifester, bientôt elles n'existèrent évidemment plus, et, le travail aidant, la malade, qui, à l'époque dont nous avons parlé, était dans le même état physique et moral qu'à son arrivée, avait déjà au bout d'un mois repris de l'embonpoint; elle travaillait, faisait les commissions avec intelligence, et sauf une grande timidité, elle était revenue à un état tel, qu'une personne qui ne la connaissait pas n'aurait pas pu reconnaître la moindre trace de folie.

Peut-on dire que dans ce fait singulier il y avait une impulsion irrésistible contre laquelle tout devait échouer? Mais le jour où la crainte à forcé la malade à s'observer, n'a-t-elle pas commencé à résister à cette impulsion, et n'a-t-elle pas fini par la vaincre? Cette impulsion, comme les impulsions produites par les passions, ne paraissent irrésistibles que parce qu'ordinairement on ne fait rien pour les surmonter. Essayez d'abord; choisissez bien vos faits, c'est-à-dire ne prenez pas des cas où la folie est le résultat d'une lésion physique, et vous verrez qu'en cela comme en beaucoup d'autres choses, la théorie recevra de fréquents démentis de la pratique. Ce dont il faut se garder, c'est d'appliquer à tous les cas ce qui n'appartient qu'à une partie, quelque grande qu'elle soit, et nous croyons que M. Moreau n'a pas complétement évité cet écueil.

Mais c'est trop longtemps faire la part de la critique, et nous devons maintenant signaler les faits si intéressants dont fourmille le livre de M. Moreau, et qui en rendent la lecture si attrayante. On trouve d'ailleurs, dans les détails, des observations pratiques très-importantes, et qui prouvent que M. Moreau a étudié à fond son sujet. Enfin, sous le titre modeste de *Essais thérapeutiques*, il présente quelques faits dans lesquels on voit plusieurs cas de diverses espèces de folie traités par le hachisch même. De l'avis de M. Moreau lui-même, ces faits ne sont pas suffisants; mais tels qu'ils sont ils sont dignes de toute l'attention du lecteur. M. Moreau ne s'en tiendra certainement pas là; il continuera ses essais jusqu'à ce qu'ils puissent être regardés comme des expériences complètes. Nous nous empresserons alors de les faire connaître au lecteur; car M. Moreau est un des hommes dont nous voyons toujours avec plaisir les nouvelles publications. V.....X.

Delle alterazioni patologiche delle arterie per la ligatura e la torsione, ou *Recherches sur les altérations pathologiques des artères à la suite de la ligature et de la torsion;* par le Dr Luigi Porta, professeur de clinique chirurgicale à l'Université de Pavie. Milan, 1845; 1 volume grand in-4° de 439 p., avec 13 planch.

Il y a à peine quelques années, le monde chirurgical était remué par la fameuse querelle entre les partisans de la ligature et les partisans de la torsion. De part et d'autre on se livra à des exagérations, inévitables en pareille circonstance. Les novateurs ne parlaient de rien moins que de remplacer, dans tous les cas, la ligature par la torsion; et, de leur côté, les défenseurs du passé opposaient à l'adoption d'une nouvelle méthode toute la résistance du désespoir. Qu'est-il résulté de tout ce bruit? Ce qui arrive toujours: les écrits publiés de part et d'autre sont parfaitement oubliés; mais la ligature a continué d'être employée comme méthode générale, et la torsion a pris à son tour un rang honorable parmi les meilleurs moyens hémostatiques dont la chirurgie dispose.

L'ouvrage du Dr Porta renferme, sur ce point de la science chirurgicale, les documents les plus précieux. Fondé sur près de 600 expériences, pratiquées sur 270 animaux domestiques de diverses espèces, sur des faits nombreux observés chez l'homme soit par l'auteur, soit par des chirurgiens célèbres, il offre au chirurgien des renseignements nécessaires, non-seulement pour entreprendre avec sûreté les opérations, mais encore pour faire un choix entre elles dans un cas donné.

Le premier chapitre est consacré à des considérations anatomiques sur les artères; l'auteur admet, avec tout le monde, qu'elles sont composées de trois tuniques, une celluleuse, une fibreuse et une interne. La tunique celluleuse, au moins dans les vaisseaux d'un certain calibre, lui paraît composée de trois feuillets superposés: un feuillet externe très-mince, qui enveloppe dans une gaine commune l'artère, la veine et le nerf; un second, plus intimement appliqué sur le vaisseau et mobile, est la gaine celluleuse propre; enfin, un troisième, très-mince, mais résistant et fortement adhérent à la tunique fibreuse: c'est la véritable membrane celluleuse des artères. Dans une ligature ordinaire, l'artère est constamment dépouillée de ses deux premiers feuillets celluleux. La tunique moyenne ou fibreuse est la tunique propre des artères;

elle est formée d'une série de lamelles circulaires, concentriques, et de plusieurs couches très-minces appliquées les unes sur les autres. Ces couches, on peut les séparer par morceaux et les décomposer en fibres transversales, toutes adossées, parallèles et sans entre-croisement. La membrane interne est une pellicule consistante et homogène, lisse à l'extérieur, et adhérant par sa face externe à la membrane muqueuse de ces membranes; les deux plus externes sont pourvues seules de vaisseaux : ces derniers, à mesure qu'ils pénètrent dans l'épaisseur des tuniques, deviennent de plus en plus minces et de plus en plus rares, de telle sorte que la membrane interne en est complétement privée à sa surface interne et dans sa profondeur. — Dans le second chapitre, l'auteur s'est proposé d'examiner ce que devient une ligature appliquée sur une artère, et si la composition de la ligature influe sur les résultats fournis par l'opération ; enfin, quelle est la substance qui donne les meilleurs résultats. Dans ses expériences, au nombre de 300, il s'est servi de quatre espèces de ligature : trois de matière animale, corde à boyau, soie ou crin, et une de matière végétale, fil de lin ou de chanvre : (80 ligatures avec la corde à boyau, 120 avec de la soie, 60 avec du fil de lin, et 40 avec du crin). Ces ligatures ont été appliquées suivant diverses méthodes : circulairement dans 140 cas, lâches dans 70, et doubles dans 45 (c'est-à-dire, 90 ligatures). Quant aux artères qui ont été liées, ça été : la carotide, 110 fois ; la sous-clavière, 32 ; les humérales, 14 ; les iliaques, 19 ; les fémorales, 80. Sur les 80 ligatures avec corde à boyau, 33 avaient disparu dans l'intervalle de temps suivant : de un à trente jours, 1 sur 10 ; de un à trois mois, 4 sur 18 ; de trois à six mois, 6 sur 16 ; de six à neuf mois, 8 sur 13 ; de neuf à douze mois, 6 sur 11 ; de un à deux ans, 5 sur 7 ; de deux à trois ans, 3 sur 5. Sur les 120 ligatures avec de la soie, 19 seulement avaient été détruites, et dans l'espace de temps qui suit : de un à trente jours, aucune sur 18 ; de un à trois mois, 1 sur 21 ; de trois à six mois, 2 sur 17 ; de six à neuf mois, 4 sur 25 ; de neuf à douze mois, 5 sur 19 ; de un à deux ans, 4 sur 11 ; de deux à trois ans, 3 sur 9. Sur les 60 ligatures avec du fil de lin, 10 seulement avaient disparu : au bout d'un mois, aucune sur 11 ; de un à trois mois, 2 sur 16 ; de trois à six mois, 1 sur 10 ; de six à neuf mois, 1 sur 9 ; de neuf mois à un an, 2 sur 8 ; de un à deux ans, 4 sur 6. Enfin, sur les 40 ligatures avec du crin de cheval, 2 seulement ne furent pas retrouvées au bout de neuf mois et de deux ans. Quant aux 236 ligatures que l'on retrouva en place, et qui avaient subi des

modifications fort diverses, elles étaient dans les rapports les plus variés avec les parties voisines ; aussi , dans 29 cas , elles étaient placées au milieu d'un renflement lymphatico-cellulaire ; dans 60 cas, au centre d'un cordon intermédiaire aux deux bouts de l'artère ; dans 67 cas, enveloppés seulement par du tissu cellulaire ; dans 57 cas , au milieu d'un véritable kyste ; et dans 26, au milieu d'un abcès. D'où il suit clairement que , bien que ces diverses ligatures puissent servir également à lier les artères et y déterminer le plus souvent une inflammation adhésive, et quelquefois la suppuration et l'ulcération des tuniques des vaisseaux et des parties environnantes, la corde à boyau l'emporte sur tous les autres pour la facilité avec laquelle elle cède à la puissance assimilatrice de l'organisme ; vient ensuite le fil de lin, la soie , enfin le crin, qui , par sa consistance cornée, semble le plus irritant de tous, et résiste énergiquement à l'action organique. Tout cela est vrai pour les animaux ; mais la question vraiment importante à décider est de savoir si ces résultats sont exactement , et sans modification aucune, applicables à l'homme. Or, le contraire résulte des expériences nombreuses auxquelles l'auteur s'est livré. Jamais, ou presque jamais , on ne réussit à déterminer chez ce dernier une inflammation adhésive des parois internes de l'artère, et la ligature a pour résultat presque constant la production de pus dans l'intérieur de l'artère. L'auteur reconnaît que cette suppuration et cette ulcération de l'artère sont tellement fréquentes, que, lorsqu'on réunit la plaie par première intention , on voit tôt ou tard les fils s'échapper au dehors , soit par les lèvres de la plaie, soit par des abcès qui se forment dans le voisinage ; ce qui ne veut pas dire que, dans quelques cas exceptionnels , on ne puisse voir les petites ligatures persister sans accidents au milieu des tissus, comme l'avaient déjà remarqué Veitch , Lbennen et Lawrence. Quant à savoir ce qu'elles deviennent plus tard , l'auteur n'a jamais eu l'occasion d'ouvrir le cadavre d'individus chez lesquels les plaies avaient suivi cette marche. Il est donc bien inutile de varier la nature des ligatures, puisque chez l'homme on ne peut espérer, dans l'immense majorité des cas, d'obtenir leur innocuité au milieu des tissus , et toute expérience faite, nous voilà , après un long détour, revenus à la pratique des temps anciens. — Dans le troisième chapitre, l'auteur a traité de la ligature et de la torsion en elles-mêmes , ainsi que des conditions pathologiques qu'elles déterminent dans les artères. On peut réduire à quatre méthodes principales les méthodes suivant lesquelles on pratique cette opération ;

ce sont la méthode de la ligature circulaire, celle de la ligature temporaire, celle de la ligature médiate, enfin celle de la double ligature, avec section dans l'intervalle des points liés. Il résulte des 140 expériences auxquelles il a soumis la méthode *circulaire*, que le lien appliqué sur l'artère y détermine les altérations mécaniques suivantes : il coupe d'abord les tuniques propres, fronce les tuniques celluleuses, les refoule en dedans en formant deux cônes adossés par leur sommet. Quant à l'oblitération successive de l'artère, elle est le résultat de l'inflammation adhésive ou suppurative que la ligature a occasionnée. Relativement à l'organisation définitive des parties liées, elle passe par les quatre périodes suivantes : 1° l'artérite externe et l'organisation de l'olive celluleuse; 2° la section du vaisseau ; 3° l'isolement des bouts du vaisseau lié et de l'anneau formé par la ligature; 4° l'assimilation de toutes ces parties. Le travail qui s'opère chez l'homme à la suite d'une ligature ne diffère pas beaucoup de ce qu'on observe chez les animaux, si ce n'est que l'oblitération a lieu suivant un procédé mixte de réunion et de suppuration, et que tout s'arrête à la fin de la troisième période. Il suit de là que, par quelque méthode qu'on opère, on ne pourra jamais espérer en chirurgie les résultats merveilleux que la ligature donne chez les animaux, alors même qu'on apporterait à cette opération des modifications remarquablement heureuses. La seconde méthode, celle de la ligature *temporaire*, est celle dans laquelle on enlève la ligature de quelques minutes à quelques heures après l'opération. L'auteur a fait 50 expériences sur les principales artères de plusieurs animaux, dans le but de s'assurer si une ligature placée de cette manière suffit à déterminer l'inflammation des parois des artères, et par suite son oblitération. Or, il est arrivé à ce résultat : que l'altération produite par le lien constricteur consiste dans la section de tuniques propres et dans le froncement de la tunique celluleuse; que cette dernière tunique s'enflamme dans un trajet de plusieurs lignes, et devient le siége d'une exsudation plastique ; mais que, vers la troisième ou la quatrième semaine elle est parfaitement revenue à son état normal; à peine si cette même membrane s'épaissit et s'endurcit de manière à diminuer un peu le calibre du vaisseau. Mais quant à la suppuration, c'est à peine s'il y en a des traces. Pour le sang, il ne cesse de parcourir le vaisseau, au milieu de toutes ces transformations successives. Quelquefois cependant il se forme, après l'opération, un caillot sanguin, et même, dans le cas où l'inflammation a été vive, un dépôt de lymphe plastique qui

peut oblitérer le vaisseau. Mais, il faut le dire, tout cela est fort rare: car, sur 50 expériences, il n'a trouvé que 6 ou 7 fois des caillots sanguins, et 5 ou 6 fois des dépôts de lymphe plastique suffisants pour oblitérer, en totalité ou en partie, la lumière du vaisseau. L'auteur a ensuite traité incidemment des ligatures *lâches*, méthode aujourd'hui justement abandonnée, et les expériences de ce genre qu'il a tentées ont donné des résultats très-variés, suivant la nature de l'animal, la composition de la ligature, et surtout le degré de constriction exercée sur le vaisseau. La ligature *médiate*, tant recommandée par Scarpa, et employée encore de nos jours par M. le professeur Roux, a été l'objet de 120 expériences, dont 35 de ligature permanente et 85 de ligature temporaire. L'application d'une ligature médiate permanente fait passer successivement l'artère liée par les quatre périodes suivantes: 1° une artérite externe; 2° l'érosion des parois artérielles, qui commence à la partie antérieure, immédiatement au-dessous du petit rouleau, et dont l'époque varie du second au septième jour; 3° la section de l'artère, qui a quelquefois lieu en soixante ou soixante et dix heures, mais qui le plus souvent ne s'obtient qu'au commencement de la seconde semaine; cette section est suivie du retrait des bouts de l'artère, que sépare un intervalle de 2 à 6 lignes, et de la disjonction de l'olive celluleuse en deux portions; de sorte que les deux extrémités de l'artère ne sont plus formées que par le caillot intérieur; 4° la cicatrisation isolée des deux bouts de l'artère. L'auteur a eu l'occasion d'observer des hémorrhagies consécutives à la suite de ce mode particulier de ligature: 5 fois après la ligature de la carotide, et 2 fois après la ligature de la fémorale. Quant aux 85 ligatures médiates temporaires, dans lesquelles le lien constricteur fut enlevé du premier au cinquième jour, elles donnèrent lieu aux résultats suivants: 33 fois les artères n'étaient nullement altérées, 21 fois elles étaient à peine érodées; 9 fois érodées et cicatrisées; 16 fois coupées entièrement; 6 fois réduites à un cordon celluleux. Du reste, l'oblitération n'était complète que dans 61 cas: 34 fois par suite de la présence d'un caillot sanguin, 11 fois par un dépôt de lymphe plastique, et 16 fois par suite de la section complète de l'artère; dans les 24 autres cas, les artères étaient perméables. Enfin, l'auteur a consacré 45 expériences à l'étude de la *double* ligature *avec section intermédiaire*; et il a varié ces expériences en pratiquant simplement la section de l'artère (35 cas), ou en emportant une portion de l'artère (10 cas). Les altérations mécaniques produites par la double ligature sont exactement iden-

tiques à celles que donne la ligature circulaire ; mais il y a de plus l'excision de l'artère, l'ecchymose, le retrait et la coarctation des bouts du vaisseau. Vient ensuite l'inflammation des enveloppes celluleuses et le dépôt d'une quantité considérable de lymphe plastique, qui se modèle en cylindre et qui complète la continuité du vaisseau, tantôt comme un cordon plein et solide, tantôt comme un canal creux à son centre, et renfermant de la sanie sanguinolente, d'abord plus volumineux que l'artère, mais se réduisant peu à peu en un simple cordon cellulo-fibreux plus petit que le vaisseau, et qui disparaît à son tour. Les bouts de l'artère éprouvent les mêmes transformations que dans le cas de ligature circulaire après la section du calibre du vaisseau. Toutes les fois qu'on n'enlève que de 1 à 2 centimètres de l'étendue de l'artère, les extrémités du vaisseau se comportent comme dans l'excision simple, c'est-à-dire qu'elles sont encore réunies par un cordon de lymphe plastique; mais au delà de cette limite, elles se cicatrisent isolément. Cette espèce de ligature, au reste, n'est pas sans inconvénient ; car l'auteur a observé trois hémorrhagies consécutives, par suite d'érosion du bout supérieur. Il ne restait plus à l'auteur qu'à porter un jugement sur les diverses méthodes de ligature, et à déterminer celle qui mérite la préférence. C'est ce qu'il a fait dans le passage suivant : «La ligature temporaire et la ligature lâche, dit-il, doivent être regardées comme des méthodes d'essai que leur insuffisance doit toujours rendre infructueuses. La ligature médiate permanente doit rentrer à jamais dans le juste oubli d'où elle est sortie. Quant à la ligature médiate temporaire, si séduisante au premier abord, il résulte évidemment des expériences précédentes que c'est une méthode difficile, compliquée et incertaine. Celle de la double ligature avec section intermédiaire ajoute à des violences considérables et à des difficultés d'exécution souvent insurmontables, cette circonstance: de donner lieu plus facilement à une suppuration abondante et à des hémorrhagies consécutives. Il ne reste donc plus que la ligature circulaire, à laquelle le bon sens et la pratique générale ont donné déjà la première place, et que la science vient couvrir de sa haute approbation. Tout se réunit pour faire de cette méthode une méthode générale : la simplicité du procédé qu'on emploie pour la pratiquer, l'irritation peu considérable à laquelle elle donne lieu, la régularité et la bénignité du travail d'oblitération de l'artère, enfin la promptitude de la guérison et le nombre des succès. Certes, la ligature circulaire n'est pas remar-

quable dans ses effets; mais il suffit qu'elle soit plus facile et plus sûre pour qu'on doive la préférer à toutes les autres.»

La fin du troisième chapitre est consacré à l'étude de la torsion. Nous n'entrerons pas dans beaucoup de détails sur ce point, parce que l'auteur n'a presque rien ajouté à ce qu'on savait avant lui. Cependant la question de la torsion, qui est aujourd'hui définitivement jugée en ce qui touche les petites artères, ne l'est pas encore en ce qui touche les grosses artères. Or, l'auteur rapporte 65 cas de torsion pratiquée à la suite d'amputation et de désarticulation des membres supérieurs ou inférieurs. Toutes celles qui ont été faites sur les artères du membre supérieur ont réussi, excepté deux, où il fallut recourir à la ligature; tandis que, sur 23 cas de torsion de la fémorale et de la poplitée, il fallut quatre fois lier les artères.

Le chapitre quatrième est sans aucun doute le plus intéressant de tout le livre; c'est celui dans lequel le Dr Porta a cherché à éclairer par l'expérimentation les altérations qui surviennent dans le système artériel à la suite de l'oblitération des troncs principaux, ou, en d'autres termes, à trouver les lois suivant lesquelles il se développe une circulation collatérale destinée à entretenir la vie dans les parties situées au-dessous de la ligature. Cette circulation collatérale, l'auteur l'a divisée en *directe* et en *indirecte : directe*, celle qui se fait par des anastomoses qui partent directement des extrémités de l'artère oblitérée, ou par des vaisseaux dirigés de l'extrémité cardiaque vers d'autres vaisseaux provenant de la partie du tronc lié ou excisé; et *indirecte*, celle qui se fait par des anastomoses de vaisseaux secondaires à la périphérie du tronc central oblitéré. La circulation *collatérale directe* se compose de deux espèces d'anastomoses : des anastomoses primitives, et des anastomoses de nouvelle formation. Les dernières semblent d'abord difficiles à admettre, et cependant elles existent. En effet, lorsqu'on injecte les artères dans les premiers jours qui suivent la ligature, on trouve la tunique celluleuse des extrémités des artères pourvue d'un grand nombre de vaisseaux largement dilatés, ainsi que la tunique fibreuse. La majeure partie de ces vaisseaux naît de l'aisselle, des grosses branches latérales primitives les plus voisines du lieu opéré. Les plus profonds finissent à la pointe du cône, les superficiels s'avancent sur l'olive celluleuse de nouvelle formation, s'y décomposent et s'y perdent, tandis que d'autres, plus volumineux, traversent directement et s'anastomosent des deux côtés. C'est évidemment dans le *vasa vasorum* que se trouve l'origine de

ces vaisseaux de nouvelle formation. Voici donc une confirmation éclatante des découvertes de Parry, de Mayer, d'Alexandrini, de Müller et de Maunoir. Mais cette disposition existe-t-elle chez l'homme? Sur ce point, l'auteur n'hésite pas, et il affirme avoir constaté, plusieurs années après des ligatures, l'existence de ces nouveaux vaisseaux. La circulation *collatérale indirecte* s'opère suivant deux modes principaux : les anastomoses profondes ou musculaires, et les anastomoses superficielles ou sous-cutanées. Les premières partent des troncs secondaires qui marchent dans la direction du tronc central, ou qui s'en détachent au voisinage du point oblitéré. Les autres procèdent des plus petites ramifications des artères profondes qui viennent former, à travers les masses charnues et les aponévroses, l'immense réseau sous-cutané. Ici l'auteur se pose deux questions : 1° Quelles sont les anastomoses qui se forment par ces deux modes? 2° Par quelles métamorphoses ces anastomoses passent-elles pour entretenir la circulation collatérale indirecte? Et il étudie ces deux questions aux quatre membres, au cou, à l'épaule, à la hanche et à la cuisse. On comprend que nous ne pouvons le suivre dans tous ces détails. Quant aux altérations que le système actuel éprouve à la suite de la ligature d'un tronc principal, considérées d'une manière générale, elles se rangent sous trois chefs distincts : 1° celles qui se montrent dans le tronc qui a été lié, c'est-à-dire la diminution graduelle de volume des deux bouts de l'artère divisée, quoiqu'ils conservent dans des points homologues un certain calibre destiné à recevoir les anastomoses directes qui entretiennent la circulation; 2° celles qu'on observe dans les branches collatérales, à savoir, leur dilatation qui s'opère sous l'influence de l'impulsion du cœur, mais peut-être bien aussi d'une puissance organico-vitale. Cette dilatation est bien plus irrégulière dans les rameaux latéraux qui se détachent du bord inférieur que dans ceux fournis par le bout supérieur; 3° enfin, celles que subissent les branches anastomotiques sous le rapport de leur calibre, de leur forme et de leur structure. De tout le système anastomotique, on voit d'abord paraître les anses moyennes dans l'espace de quelques jours; puis les ramifications secondaires, et enfin les troncs latéraux qui s'insèrent sur les deux bouts de l'artère divisée. C'est ordinairement dans la première semaine que les branches anastomotiques doublent leur calibre et changent de forme, et ces modifications commencent par les arcades anastomotiques qui occupent le centre des muscles et aboutissent au bout inférieur directement, ensuite

et peu à peu celles qui décrivent un plus long trajet à la périphérie des membres. Ce système complet d'anastomoses n'a acquis tout son développement qu'au bout de quelques mois ou même d'une année. Quant à leur calibre, les uns ont 2 millimètres, d'autres 1 millimètre, et les plus petits un peu plus du calibre d'un capillaire ordinaire. Les arcades anastomotiques profondes, en se dilatant, revêtent des formes diverses : tantôt simples, tantôt composées; tantôt rectilignes, tantôt circulaires, ellipsoïdes, rhomboïdes, polygenales, etc.; quelquefois en petits nœuds, sous forme de petites tumeurs, de petites bourses, etc. Dans les premiers temps, les parois des vaisseaux sont molles, transparentes et fragiles; mais avec le temps leurs parois deviennent épaisses et résistantes. Enfin, à mesure que les anastomoses se perfectionnent, on voit naître de leurs parties latérales de nouveaux vaisseaux qui existaient peut-être à l'état rudimentaire, mais qui, en se dilatant, ajoutent à l'entrelacement vasculaire et à la facilité des communications. Telles sont les modifications éprouvées par le système artériel à la suite d'une ligature chez les animaux. Il en est à peu près de même chez l'homme; seulement les branches anastomotiques présentent plus de variétés; au lieu d'une arcade anastomotique, on en observe souvent deux ou trois qui s'enchaînent dans toute la longueur du membre, de manière à pouvoir porter le sang dans les parties placées au-dessous de la ligature (disposition qui s'explique par la présence des anévrysmes et l'oblitération de l'artère dans une plus grande étendue); au lieu de cette circulation collatérale simple, uniforme et constante que l'on observe chez les animaux, les résultats sont des plus variables chez l'homme, et le sang qui coulait d'abord par de nombreux petits vaisseaux finit par circuler dans un petit nombre de grandes alvéoles qui circonscrivent toute la circulation collatérale.

L'auteur a étudié dans un article à part les accidents qui peuvent accompagner l'établissement parfait ou imparfait de la circulation collatérale. Bien qu'il n'entre pas dans nos projets d'entrer avec lui largement dans ce sujet, nous dirons un mot sur cette complication si grave de la ligature, c'est-à-dire de la gangrène. Sur 600 cas de ligatures de grosses artères que le Dr Porta a rassemblées, il a compté 50 cas de gangrène, à savoir : 1 cas de gangrène du cou sur 132 cas de ligature de la carotide; 7 cas de gangrène du bras sur 150 cas de ligature de l'innominée, de la sous-clavière, de l'axillaire et de l'huméralc, et 42 cas de gangrène du membre inférieur sur 302 cas de ligature des deux iliaques et

de la fémorale. A ces documents si importants, mais que l'on ne saurait cependant accepter d'une manière absolue, puisqu'il importe de tenir grand compte des circonstances particulières dans lesquelles la ligature a été pratiquée, l'auteur a ajouté un tableau synoptique de 600 ligatures des grosses artères, qui ont été faites par les chirurgiens célèbres, depuis Hunter jusqu'en 1843. Voici donc qui ne laisse rien à désirer. Un mot encore : les détails nombreux, fastidieux peut-être, mais nécessaires, dans lesquels nous sommes entrés, auront dû faire comprendre à nos lecteurs l'importance que nous attachions aux recherches longues et consciencieuses du Dr Porta. Combien la science serait plus avancée si nous comptions sur tous les points des monographies aussi complètes et aussi intéressantes!

Annonces bibliographiques.

Rignoux, Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue Monsieur-le-Prince, 29 *bis*.

ARCHIVES GÉNÉRALES

DE MÉDECINE.

Juillet 1846.

MÉMOIRES ORIGINAUX.

MÉMOIRE SUR LA PARALYSIE DE LA TROISIÈME PAIRE DE NERFS CRANIENS, CONSÉCUTIVE A LA NÉVRALGIE DE LA CINQUIÈME;

Par M. MARCHAL (de Calvi), *professeur de physiologie au Val-de-Grâce, agrégé à la Faculté de médecine de Paris.*

(Lu à l'Académie royale de médecine, le 7 octobre 1845.)

J'ai pour objet, dans ce mémoire, de signaler le rapport qui unit la paralysie de la troisième paire de nerfs crâniens à la névralgie de la cinquième. Ce rapport étiologique n'est pas connu; il n'a même jamais été soupçonné. La névralgie trifaciale a été peu étudiée dans les troubles qu'elle produit hors du nerf qu'elle affecte, troubles considérables qui forment une partie importante et la plus curieuse de son histoire.

N'est-il pas très-remarquable, en effet, qu'une lésion bornée à quelques filets de la cinquième paire puisse, par une répétition rétrograde d'actions morbides, se propager jusqu'aux centres nerveux et produire les accidents les plus étendus, les plus multipliés et les plus graves, tels que perte de

la parole, impossibilité de la déglutition, dyspnée extrême, paraplégie, convulsions violentes, emprosthotonos, délire furieux? C'est pourtant ce que l'on voit dans une observation de Pouteau, résumée dans une note où j'ai réuni plusieurs faits du même genre (1).

Et c'était si bien la simple lésion de quelques rameaux du nerf trifacial qui déterminait cet ensemble effrayant de symptômes, que, par la section de ces rameaux au moyen d'une incision étendue jusqu'aux os, tant d'accidents, si longtemps, si vainement combattus, cessèrent dans l'espace d'une demi-heure, pour ne plus reparaître.

Deux phénomènes, ou deux ordres de phénomènes, sont quelquefois si disproportionnés, que l'idée d'un rapport entre eux ne peut se présenter à l'esprit, de prime abord. Qui aurait jamais pu soupçonner que de si grands troubles de la sensibilité et du mouvement fussent liés à une contusion ancienne de quelques rameaux nerveux?

Il a fallu plusieurs faits et un examen très-attentif de toutes leurs circonstances pour que ce rapport fût aperçu.

Ces observations de prosopalgie avec lésion *générale* de la sensibilité et de la motilité m'ont conduit à reconnaître la relation *spéciale* qui existe entre la paralysie du nerf oculo-moteur commun et la névralgie du trifacial.

Voici les faits qui démontrent cette relation: Le premier s'est présenté chez un sergent d'une compagnie de sous-officiers vétérans, dont le service médico-chirurgical m'était alors confié.

Obs. I. — Ce sergent, nommé Cass, âgé de 47 ans, né à Perpignan, offre le type du tempérament nerveux: il est sec et robuste, très-impressionnable, d'humeur vive, prompt à parler et à agir. Depuis quatre jours environ il éprouvait, sans cause connue, dans le côté gauche du crâne et de la face, une douleur violente siégeant

(1) *De la Prosopalgie traumatique*, etc.; dans les *Mémoires de médecine, de chirurgie et de pharmacie militaires*, tom. LV, pag. 266.

surtout vis-à-vis le trou ou échancrure sus-orbitaire, sur l'apophyse mastoïde et dans les dents de la mâchoire supérieure, qui étaient saines.

Les douleurs étaient atroces par moments, et le malade, suivant ses propres expressions, devenait comme fou. Il spécifiait cette forme de la douleur en disant qu'il avait des crises. Dans une de ces crises, il avait été sur le point de se jeter par la fenêtre.

Il voyait double et se croyait menacé de perdre la vue. Le matin, il avait été très-embarrassé pour se conduire, voyant deux voitures, par exemple, quand il n'y en avait qu'une. La diplopie n'avait lieu que lorsqu'il regardait des deux yeux ou seulement du gauche (celui du côté affecté). Quand il regardait de l'œil droit, l'autre étant fermé, il ne voyait plus double : aussi, pendant que je lui parlais, tenait-il l'une de ses mains appliquée sur l'œil gauche.

A cette époque, très-positivement, cet œil n'avait subi aucune déviation, et ne présentait aucune circonstance qui pût faire admettre l'idée d'une contraction spasmodique ou d'une paralysie d'un de ses muscles, y compris le grand oblique.

La sensibilité était abolie dans la joue gauche, qui était comme morte, disait le malade, et que l'on pouvait piquer avec une épingle ou pincer fortement sans qu'il le sentît. Il s'introduisait profondément un corps étranger dans la narine gauche, sans en éprouver l'impression; mais il recevait de ce côté l'impression des odeurs, celle, par exemple, du tabac à priser : seulement il avait remarqué que la poudre de tabac tombait facilement du nez dans le gosier, ce qu'il est très-facile de comprendre, la sensibilité tactile, abolie, ne pouvant plus le guider dans l'aspiration de la *prise*.

Il ne pouvait écarter les mâchoires au delà de 1 centimètre, et il était obligé de couper son pain par très-petits morceaux, ce qui indique la propagation de l'action morbide au nerf masticateur.

Averti par les faits de prosopalgie dont il a été question, je fus frappé de l'idée que peut-être le nerf frontal externe était l'intermédiaire par lequel l'action morbide passait de la cinquième paire au système nerveux de la vision, et j'eus l'idée de comprimer ce nerf à son passage dans l'échancrure orbitaire.

Le malade éprouva, du fait de cette compression, une douleur vive, mais *tout aussitôt, et tant que le nerf fut comprimé, la diplopie cessa.* Je recommençai l'expérience plusieurs fois de suite, et le résultat fut toujours le même.

Un homme d'un grand savoir et d'une grande expérience, M. le

docteur Antonini, médecin en chef de l'armée d'Afrique, étant alors à Paris et demeurant dans le voisinage, je voulus lui soumettre un cas qui, par son étrangeté, m'inspirait une sorte de défiance. M. Antonini constata tout ce que j'avais constaté moi-même.

Je prescrivis l'application d'un vésicatoire sur la région sus-orbitaire: le sourcil fut rasé.

D'abord j'avais invité le malade à comprimer le nerf frontal externe et à le malaxer, en s'accoudant sur une table. La compression et le massage n'avaient pu être continués, parce qu'ils augmentaient la douleur; mais, tant qu'ils avaient été effectués, la diplopie avait cessé.

Durant ses crises, Cass parvenait souvent à mitiger ses souffrances en introduisant un petit morceau de bois, en guise de coin, entre deux de ses dents: résultat qui ne peut s'expliquer que par la compression des nerfs dentaires, et singulier, en ce que, comme on vient de le voir, la compression du nerf frontal externe augmentait, au contraire, la douleur.

Le premier vésicatoire fut suivi de sept autres dans l'espace de vingt jours. Je prescrivis concurremment des purgatifs et des pédiluves irritants.

Les douleurs cessèrent. La sensibilité revint dans la joue gauche et dans la narine correspondante; mais la diplopie persistait. Un nouveau symptôme, très-alarmant, se manifesta: l'œil gauche se rapetissait, et la paupière supérieure ne pouvait plus se relever entièrement; en même temps le globe oculaire se portait en dedans, en dedans et non pas en dehors. Je tâcherai d'expliquer cette particularité.

La paupière supérieure tomba tout à fait: l'œil gauche était clos. Le malade ne voyant double que de cet œil, la diplopie cessa.

Mais tout à coup des douleurs analogues à celles qui avaient précédé, du côté gauche, la paralysie de la troisième paire, se firent sentir à droite, avec diplopie de l'œil correspondant.

Mon malheureux malade, qui ne voyait plus double depuis la blépharoptose et qui, auparavant, avait pu remédier à sa diplopie en fermant l'œil gauche ou en portant des lunettes dont le verre gauche était noirci, ne pouvait plus voir qu'à la condition de voir double. Je fis appliquer, coup sur coup, deux vésicatoires sur la région temporo-frontale droite, et les douleurs cessèrent. A partir de ce moment, la paupière supérieure gauche se releva insensible-

ment : l'œil gauche n'était plus dévié; mais la diplopie, d'un côté comme de l'autre, subsistait, et, de plus, la vue était extrêmement affaiblie : à peine le malade pouvait-il se conduire. Avant cet affaiblissement, il avait éprouvé des aberrations visuelles : ainsi, il apercevait un homme dans la rue, et tout d'abord, bien entendu, il le voyait double, puis ces deux hommes grandissaient démesurément.

Après l'administration d'un grand nombre de pilules de Méglin, peut-être uniquement par l'influence du temps, la vue se rétablit suffisamment pour que le sergent Cass pût reprendre son service; seulement il continuait à voir double. Un soir, il fit un excès de boisson, et le lendemain, à son réveil, la diplopie avait cessé.

Ici se termine pour moi l'observation de Cass. J'aurais pu lui donner plus d'étendue, et insister davantage sur les moyens thérapeutiques qui furent employés; mais je m'occupe exclusivement d'un problème étiologique. La question thérapeutique sera l'objet d'un autre travail.

J'ajouterai seulement que Cass n'a pas joui longtemps de l'état à peu près satisfaisant dans lequel je l'avais laissé : il a éprouvé de nouvelles atteintes de sa maladie; de plus, il a été affecté d'une sciatique double et de toutes sortes d'accidents nerveux, qui l'ont fait tomber dans le dépérissement.

Obs. II. — Le sujet de la seconde observation est une demoiselle nommée Joséphine Courtois, âgée de 26 ans, exerçant la profession de bordeuse de souliers, née à Paris, et demeurant à Ménilmontant. Elle jouissait d'une santé parfaite, à part la lésion dont il va être question.

A l'âge de 8 ou 9 ans, elle avait l'habitude de travailler debout devant une table contre laquelle elle se heurtait à chaque instant, et c'était toujours la même partie, un point de la région frontale gauche, qui portait contre le bord du meuble. A la longue, il se forma dans ce point une tumeur sur laquelle on appliqua des cataplasmes. Cette tumeur s'abcéda et s'ouvrit. Les bords de la plaie se décollèrent, et il se forma des fongosités à sa surface. La jeune malade fut mise au houblon, au vin antiscorbutique; on lui fit prendre des pilules dont elle ignore la composition. La suppuration se tarit enfin, et l'ulcère se cicatrisa avec adhérence des parties molles à l'os.

Après plus de deux ans, la demoiselle Courtois commença à

éprouver des douleurs de tête du côté correspondant, le gauche. Ces douleurs, quand elle fut réglée, s'exaspéraient aux approches de l'éruption menstruelle, au point de l'empêcher de travailler. Elles s'irradiaient vers l'oreille, jusque dans l'intérieur du conduit auditif externe, vers l'œil et la joue, et quelquefois même du côté opposé de la tête. La malade éprouvait des sifflements, des tintements, des bourdonnements, et voyait parfois des lueurs rouges. Tel était son état lorsque, dans l'espace de huit jours, au mois d'octobre 1843, la paupière supérieure gauche commença à s'abaisser sans pouvoir se relever, et tomba entièrement : coïncidemment, le globe oculaire se dévia en dehors.

Au moment où je vis cette personne, dans le service de M. le professeur Gerdy, à l'hôpital de la Charité, la blépharoptose était complète, et il y avait strabisme externe, comme je viens de le dire. L'œil était humide, larmoyant; la pupille était dilatée. Une douleur assez vive se faisait sentir vis-à-vis l'échancrure sus-orbitaire, et augmentait dans le décubitus latéral gauche. En touchant, du bout du doigt, la cicatrice frontale, on déterminait une douleur soudaine et comme rayonnante. Quand la demoiselle Courtois voulait regarder des deux yeux, en soulevant du doigt la paupière supérieure gauche, l'œil du côté sain se déviait en haut et en dehors. La paupière paralysée avait conservé toute sa force pour se froncer, ce qu'il était aisé de reconnaître en invitant la malade à cligner.

M. Gerdy fit appliquer deux vésicatoires dont un sur la cicatrice du front, et tenta plusieurs autres moyens, jusqu'au galvanisme de la troisième paire, en implantant l'aiguille conductrice dans le muscle droit interne de l'œil : tout demeura sans succès, et la demoiselle Courtois quitta l'hôpital.

Obs. III. — La troisième observation est relative à un soldat réformé, nommé Énouf, âgé de 28 ans. Cet homme vint, pour retirer des pièces administratives qui le concernaient, au dépôt de recrutement de la Seine, où j'étais de service. Il portait une blépharoptose. Les deux faits précédents m'avaient suggéré des idées dont je désirais vivement poursuivre la vérification. Je l'interrogeai donc, et voici les renseignements qu'il put me fournir.

En 1838 et en 1840, il avait été au camp de manœuvres. Il avait couché sous la tente et avait été souvent mouillé. Il éprouva des douleurs rhumatismales dans les lombes et dans les membres; puis des douleurs bien autrement vives se firent sentir à la ra-

cine du nez, dans l'échancrure sus-orbitaire du côté droit, dans le front et la tempe de ce côté. Elles étaient horriblement violentes et revenaient par accès, s'accompagnant d'élancements et de battements. Elles cessèrent au bout d'un temps que le malade ne peut préciser, et ce fut alors que la paupière supérieure droite commença à tomber. Elle tomba de plus en plus et finit par fermer l'œil tout à fait, sans pouvoir aucunement se relever. En même temps le globe de l'œil se porta et resta fixé en dehors. La pupille est largement dilatée. J'ai oublié d'indiquer sur ma note si elle est encore contractile ou si elle est immobile. Je ne retrouve pas clairement non plus ce qui a rapport à la diplopie. Toujours est-il que, relativement à la succession de la paralysie du nerf moteur à la névralgie, cette observation est positive.

Obs. IV.— Le quatrième fait est celui d'une demoiselle nommée Louise Héberard, âgée de 33 ans, qui se trouvait, tout récemment, dans le service de M. Gerdy. Cette personne a joui d'une bonne constitution, mais actuellement elle est amaigrie et affaiblie par les souffrances ; son teint est pâle. Elle a été réglée jusqu'à sa première entrée dans un hôpital, il y a plusieurs mois : à présent elle ne l'est plus. Elle exerce la profession d'ouvrière en corsets et travaillait dans un magasin très-humide, situé au nord, où la température est basse, même pendant les plus grandes chaleurs de l'été. Elle attribue sa maladie au froid humide auquel elle est restée exposée dans ce magasin. Son mal a toujours été localisé dans la tête. Elle n'a jamais éprouvé de douleurs rhumatismales dans d'autres parties du corps.

Au mois de juin 1844, elle eut mal aux dents du côté gauche. Les seconde et troisième grosses molaires inférieures de ce côté sont cariées. Vers le mois d'octobre, l'odontalgie cessa, et aussitôt elle éprouva des douleurs, qu'elle qualifie de rhumatismales, le long du sourcil gauche, surtout au niveau de l'échancrure sus-orbitaire; plus un battement continuel dans la tempe correspondante, un pincement très-douloureux à la racine du nez, profondément, *jusque dans le cerveau*, dit-elle, et un autre pincement, très-douloureux aussi, au côté gauche du cou, un peu au-dessous de l'angle de la mâchoire.

A la même époque, elle s'aperçut que l'œil gauche se portait *en dedans*, et elle voyait double. Quand elle fermait l'œil du côté sain, la diplopie cessait; mais elle éprouvait plus d'étourdissements : car il faut dire qu'elle en avait habituellement, depuis l'invasion des douleurs névralgiques.

Ce symptôme, les étourdissements, pourrait faire supposer une lésion cérébrale, à laquelle on rapporterait tous les accidents éprouvés par la malade; mais quand on a vu la prosopalgie déterminer des attaques épileptiformes, on comprend très-bien qu'elle puisse produire de simples étourdissements.

Je répéterai, à cette occasion, que la névralgie trifaciale, dans ses troubles sympathiques, est presque entièrement à étudier.

Au mois de mai de cette année (1845), la paupière supérieure gauche commença à tomber, et le globe oculaire, qui était dévié en dedans, se porta en dehors. Dans l'espace de trois ou quatre jours, la blépharoptose fut complète. Les douleurs, qui avaient un peu diminué, prirent une intensité nouvelle.

Avant la chute de la paupière et le strabisme, au mois de janvier, un vésicatoire avait été appliqué derrière l'oreille gauche; on l'avait supprimé vers la fin de février, et la malade attribue à cette suppression un battement qu'elle éprouve depuis cette époque dans la lèvre inférieure et le menton, du côté gauche, plus un bruissement continuel dans l'oreille correspondante.

La sensibilité tactile était abolie dans le côté gauche de la face et la moitié antérieure gauche de la tête: néanmoins une douleur pareille à celle d'une brûlure se faisait sentir dans quelques points de ces régions.

Ce fait n'est point contradictoire en soi, comme il le paraît d'abord. La sensibilité qui apprécie les qualités des corps n'est pas celle qui procure les sensations de plaisir et de douleur, et l'une peut manquer tandis que l'autre persiste.

L'odorat était aboli à gauche, le goût l'était aussi du côté correspondant de la langue, mais seulement en avant; en arrière, il était conservé. Pendant la mastication, la malade se mordait souvent le côté gauche de la langue. Quand elle parlait, la langue s'embarrassait, la salive coulait de la bouche, et l'on avait quelque peine à la comprendre.

Voici quel est son état actuel: la paupière supérieure est tombée complétement et ne peut se relever, elle peut se froncer; le globe oculaire est dévié en dehors, il peut se porter en dedans dans l'étendue d'environ 2 millimètres, mais les mouvements en haut et en bas sont absolument impossibles. La pupille est un peu dilatée et immobile à la lumière naturelle. La vue n'est pas aussi nette que de l'autre œil. Par moments la malade, même étant couchée, voit danser les objets et éprouve des étourdissements. Quand elle veut regarder des deux yeux en soulevant du doigt la

paupière supérieure gauche, les étoudissements redoublent. Elle serait incapable de se conduire si elle voulait se servir de ses deux yeux. Le gauche fermé, elle se conduit très-bien. Les étourdissements étaient beaucoup plus fréquents quand cet œil était ouvert.

La sensibilité de la joue est revenue, mais imparfaitement. La malade sent un corps étranger qu'on introduit dans la narine; mais l'impression est obtuse et, comme elle le fait observer elle-même, ne va pas jusqu'à déterminer l'éternument. Dans l'autre narine, la sensibilité tactile est naturelle. Le goût est presque nul du côté gauche de la langue, et pourtant une saveur amère se fait sentir continuellement de ce côté. La tactilité, dans cette moitié gauche, est fort obscure.

Lorsque la malade tire la langue, celle-ci ne conserve qu'un instant la position médiane et insensiblement se dévie à gauche. La malade peut la porter à droite, mais lentement et avec une certaine difficulté. Il y a une différence dans l'étendue du mouvement à droite et à gauche, en faveur du côté gauche.

En résumé, on pourrait croire que le nerf grand hypoglosse droit n'a pas toute son action; mais le trouble de la sensibilité suffit pour expliquer celui de la motilité.

La gène de la parole n'existe plus que pour quelques mots, encore la malade est seule à s'en apercevoir. Le voile palatin a toute sa mobilité. Les vésicatoires, les purgatifs et d'autres moyens n'ont point amendé cet état. Au contraire, la faiblesse générale augmentait, et des douleurs commençaient à se faire sentir du côté droit de la tête et de la face, sans que celles du côté gauche eussent cessé. Découragée, la malade quitta l'hôpital.

Tels sont les faits. Je n'ai pas conservé de notes assez circonstanciées sur un cinquième cas, qui s'est présenté dans le service de M. Gendrin. Tout ce que je puis dire, c'est que le sujet, employé dans un chemin de fer, avait reçu un coup sur la tête; que, par suite, il avait éprouvé des douleurs vives rayonnant du point lésé dans les parties environnantes; que, lors de son séjour à l'hôpital, c'est-à-dire longtemps après l'accident, une pression sur ce point produisait encore une sorte d'éclair douloureux; qu'enfin, c'est plusieurs mois après l'existence des douleurs névral-

giques que la paupière supérieure de l'œil correspondant au côté blessé était tombée, en même temps que le globe oculaire s'était porté en dehors.

Dans les quatre cas que j'ai rapportés et dans celui que je viens de rappeler, il n'est pas douteux que la névralgie de la cinquième paire n'eût précédé la paralysie de la troisième.

On peut être appelé à voir les deux affections se suivre, comme dans ma première observation, ou bien on les voit coïncider, comme dans la quatrième, et alors le rapport qui unit la paralysie à la névralgie est évident; mais, comme dans la troisième observation, la névralgie peut avoir cessé depuis plus ou moins longtemps, et alors la paralysie semble indépendante d'un autre état morbide. Dans ce cas, c'est au médecin à remonter aux antécédents, à s'enquérir des douleurs qui ont pu exister dans le crâne et la face, à se faire indiquer leur trajet, leur caractère, à rechercher les *points*, suivant l'expression de M. Valleix, à demander si les douleurs revenaient par accès.

Je suis persuadé qu'on arrivera, de cette manière, à reconnaître que, dans un grand nombre de cas, la paralysie est consécutive à la névralgie. Si jusqu'à présent on a méconnu ce rapport étiologique, c'est sans aucun doute faute d'une bonne investigation.

Quant à moi, je n'ai pas vu un seul exemple dans lequel la névralgie n'eût préexisté. Je fais abstraction d'un cas du service de M. le professeur Andral, dans lequel je n'ai pu obtenir de la malade, très-âgée et dont le moral était affaibli, les renseignements nécessaires à l'établissement d'un diagnostic assuré.

Maitenant, comment expliquer cette succession de la paralysie à la névralgie? Deux suppositions sont possibles.

Les muscles reçoivent deux sortes de filets nerveux: des filets moteurs et des filets sensibles. Les uns donnent la force, les autres l'intelligence. Ce n'est pas assez qu'un muscle ait la

force, il faut qu'il soit réglé, dirigé dans l'emploi qu'il en doit faire, et cette règle, cette direction, il les reçoit des filets nerveux sensibles. A cet effet, tous les nerfs musculaires sont mixtes, avec cette différence entre eux, que les uns sont mixtes dès l'axe cérébro-spinal, tandis que les autres ne le deviennent qu'à une distance plus ou moins considérable de cet axe. Les nerfs moteurs oculaires sont dans cette dernière catégorie, et deviennent mixtes par l'adjonction de filets que leur fournit le nerf de la cinquième paire (branche ophthalmique).

Cela étant, dans une première supposition, l'action morbide passerait de la cinquième paire au nerf moteur oculaire commun par les filets qu'elle lui fournit directement.

Mais, si cette supposition est fondée, pourquoi n'a-t-on pas observé des cas de paralysie du grand oblique et du droit externe (lesquels reçoivent aussi des nerfs spéciaux anastomosés avec des filets de la cinquième paire), à la suite de la névralgie trifaciale? Je ne dis pas que de tels cas soient impossibles; loin de là : *a priori* je suis porté à les admettre; mais ils n'ont pas été observés. Or, il serait étrange que le nerf moteur oculaire commun fût seul à participer aux effets de la névralgie trifaciale, quand le nerf pathétique et le nerf moteur oculaire externe sont anatomiquement dans le même cas que lui.

Je passe à la seconde hypothèse.

Le nerf trijumeau et le nerf moteur oculaire commun se rencontrent dans le ganglion ophthalmique auquel ils fournissent : le premier, la racine sensible par le rameau nasal; le second, la racine motrice par le rameau du petit oblique.

(Je parle de l'état ordinaire, attendu que, suivant Pourfour du Petit, M. Longet et M. Grant, de New-York, le nerf moteur oculaire externe s'adjoint quelquefois à celui de la troisième paire pour fournir de petits filets moteurs au ganglion ophthalmique.)

On admettrait qu'il se passe dans le ganglion ophthalmique une action réflexe morbide par suite de laquelle l'affection qui, dans le nerf sensible, s'exprime par la douleur ou l'anesthésie, est transmise au nerf moteur, dans lequel elle s'exprime soit par la convulsion, soit par la paralysie.

Je dis par la convulsion, et, en effet, dans mon premier cas, l'œil se porta *en dedans*, ce qui eut lieu aussi, d'abord, chez la demoiselle Héberard, sujet de la quatrième observation.

Dans les nerfs moteurs comme dans les nerfs sensibles, la symptomatologie a deux termes opposés : pour ceux-ci, la douleur et l'anesthésie ; pour les premiers, la convulsion et la paralysie.

Ainsi, avant que le rameau nerveux qui s'épuise dans le muscle droit interne soit paralysé, il pourra être surexcité ; alors le muscle droit qu'il anime, loin de céder à l'action contraire du droit externe, l'emportera sur ce dernier, et le globe oculaire sera dévié en dedans au lieu de l'être en dehors; de même que, dans les nerfs sensibles, la douleur aura précédé l'anesthésie.

Douleur, convulsion; — anesthésie, paralysie : voilà les symptômes parallèles dans les deux ordres de nerfs.

Il y aurait donc une action réflexe morbide à travers le ganglion ophthalmique. Mais, si elle existait dans ce ganglion, elle existerait dans tous les autres. Je pense, en effet, que beaucoup de phénomènes morbides pourraient trouver là leur explication.

L'hypothèse que je viens de présenter a l'avantage de s'accorder avec la théorie la plus plausible des fonctions des ganglions nerveux, véritables petits cerveaux, comme on l'a dit, réglant des actes spéciaux ; recevant des impressions par les filets sensitifs, émanation ou continuation de leur racines sensibles ; commandant le mouvement par leurs filets moteurs, continuation ou émanation de leurs racines motrices ;

présidant aux phénomènes nutritifs par les fibres grises, et n'avertissant le cerveau proprement dit de ce qui arrive dans leur localité que dans les cas extraordinaires.

C'est ainsi que le ganglion ophthalmique, en particulier, serait affecté aux rapports de la rétine avec l'iris et avec certains muscles de l'œil : averti des vicissitudes de la sensibilité dans la première de ces membranes, par le filet nerveux qu'il envoie au nerf optique, il réagirait, par les filets moteurs, sur l'iris, pour accommoder la pupille au degré de sensibilité de la rétine, et, réflectivement, par sa racine motrice, sur les muscles de l'œil qui sont animés par la troisième paire.

Il y a donc une perception ailleurs que dans le cerveau : il y a une perception *ganglionnaire* ou *organique*.

On le voit, la question s'élève aux proportions d'un des plus importants problèmes de la physiologie du système nerveux.

J'aurais pu, avec les faits contenus dans ce mémoire et d'autres que je possède, esquisser l'histoire générale de la paralysie de la troisième paire de nerfs crâniens : on aurait vu que la prosopalgie n'est pas la seule affection nerveuse qui puisse produire cette paralysie.

D'autre part, mes observations, en tant qu'exemples de névralgie trifaciale, et à raison de leurs complications, auraient pu prêter à des développements très-étendus.

Mais j'ai préféré me borner à la question étiologique, dont l'importance m'a paru capitale (1).

---

(1) Fabrice de Hilden, qui a vu l'épilepsie occasionnée par la présence d'un corps étranger dans le conduit auditif externe, savait ce que peut produire l'irritation de quelques filets de la 5[e] paire : les modernes l'avaient oublié.

RECHERCHES SUR LES TUMEURS ET LES DÉGÉNÉRESCENCES DES OREILLETTES DU COEUR;

Par le Dr **F.-A. Aran**, *ancien interne-lauréat de l'Hôtel-Dieu, etc.*

(2e article.)

§ V. *Tumeurs fongueuses sanguines.*

Nous avons quelque peu détourné l'acception du mot *tumeurs fongueuses sanguines*, pour caractériser les tumeurs dont nous allons maintenant nous occuper. Il ne s'agit pas en effet ici de tumeurs formées par le développement accidentel d'un tissu spongieux, aréolaire, baigné par le sang et résultant d'un entrelacement inextricable des vaisseaux capillaires dilatés et altérés; mais bien de tumeurs formées par un tissu spongieux ou à vacuoles, qui constitue ordinairement des fongosités plus ou moins nombreuses et qui s'imbibe facilement, ne renfermant en général qu'une petite quantité de vaisseaux. Nous avons appelé ces tumeurs *fongueuses* eu égard à la forme qu'elles affectent souvent, et *sanguines* à cause de leur origine probable; rigoureusement nous aurions dû leur donner le nom de *tumeurs fibrineuses*, et si nous ne l'avons pas fait, c'est que nous n'avons pas voulu poser en chose démontrée une chose qui ne l'est pas entièrement. Ces tumeurs *fongueuses sanguines*, ou si l'on veut *fibrineuses*, se développent en général à la face interne des oreillettes; ce sont elles qui constituent les *polypes des oreillettes*. On a cependant publié dans ces derniers temps une observation de tumeur située à l'extérieur de l'oreillette qui présente quelques rapports avec ces tumeurs, et c'est ce qui nous a engagé à la publier dans ce chapitre.

Obs. X. — Un homme de 40 ans, d'une taille moyenne et d'une bonne constitution, mais d'un caractère extrêmement irascible, fut placé, dans le courant de l'année 1843, dans les prisons de Saluce. Examiné à son entrée, il présentait les symptômes d'une hypertrophie du cœur. Vers le mois de février 1844, il s'aperçut de l'existence d'une petite tumeur pulsative, située entre les cartilages des deuxième et troisième côtes gauches, près du sternum. Cette tumeur alla graduellement en augmentant de volume, de sorte qu'au commencement du mois de septembre dernier elle avait le volume d'une grosse pomme; sa circonférence était de 18 centimètres, et elle était élevée de 2 à 3 centimètres au-dessus du niveau de la paroi thoracique. A mesure que cette tumeur prenait des proportions plus considérables, les cartilages costaux correspondants s'éloignaient l'un de l'autre, et l'espace intercostal devenait de plus en plus large; ce qui fit soupçonner que ces cartilages pourraient bien être corrodés à leur partie interne. Pendant les quatre derniers mois, cette tumeur était animée de battements visibles à l'œil et correspondant au *deuxième temps*. Le doigt, l'oreille et le stéthoscope, appliqués sur elle, éprouvaient une secousse et un choc très-violents. Dans l'instant même où on percevait le choc, on entendait un bruit de souffle descendant, fort et rude, qui se prolongeait un peu dans la *tumeur*. La main et le stéthoscope percevaient aussi un autre battement entre la cinquième et la sixième côte gauche, à trois bons doigts de la tumeur et immédiatement au-dessous du mamelon. Ce battement, qui était le véritable battement du cœur et qui *correspondait au premier temps*, était tout à fait *isochrone* à celui de la tumeur. L'impulsion était très-faible et les bruits étaient à peine sensibles, perdus qu'ils étaient dans le battement et le souffle de la tumeur. La région précordiale était mate dans une étendue de 16 pouces; le pouls, toujours *cardiaque*, égal et régulier, battait constamment de 70 à 75 fois par minute. On porta le diagnostic suivant : *hypertrophie avec dilatation de l'oreillette droite; hypertrophie avec dilatation du ventricule gauche, avec un peu de déplacement ou de protrusion du cœur à gauche*. Ce malade se levait tous les jours, se promenait, mangeait avec assez d'appétit; seulement il se plaignait depuis quelques semaines d'un sentiment de douleur dans la région de la tumeur et d'un peu d'embarras à la région précordiale, surtout pendant la nuit; ce qui l'empêchait souvent de se livrer au sommeil. Il mourut le 20 septembre.

Examen du cadavre. — L'embonpoint était encore assez considé-

rable ; les vaisseaux cutanés étaient gorgés de sang et se dessinaient à travers la peau. Après l'incision des cartilages costaux, et lorsqu'on voulut soulever et renverser le sternum, on trouva une petite portion de cet os, et le bord interne des cartilages des deuxième et troisième côtes gauches étroitement unis à une tumeur sous-jacente, de manière qu'il fallut inciser la portion culminante de cette tumeur. Elle occupait la partie supérieure et antérieure du cœur. Les poumons étaient violacés d'une manière uniforme, et dans une grande portion de leur étendue. Le poumon droit était mou et médiocrement crépitant ; le poumon gauche un peu dur, compacte, adhérant intimement au péricarde, à toute la plèvre costale et au diaphragme inférieurement. Le péricarde était peu volumineux et d'un rouge intense ; toute sa face antérieure était rugueuse, plissée et tapissée de lambeaux membraneux, qui établissaient des adhérences entre cette membrane et la face interne du poumon gauche. Le péricarde adhérait au cœur dans toute son étendue, et d'une manière si étroite, qu'on ne put l'en détacher que par une dissection attentive, excepté daus une certaine étendue, à la partie antéro-inférieure, vers la pointe où les adhérences étaient encore molles et gélatineuses. Le cœur était fortement porté à gauche et avait éprouvé une espèce de révolution sur lui-même, de sorte que l'oreillette gauche était placée en avant et l'oreillette droite derrière elle. Le cœur avait le double de son volume normal ; le ventricule droit était un peu dilaté, et ses parois légèrement hypertrophiées dans ses deux tiers inférieurs ; dans le tiers supérieur, elles avaient 1 demi-pouce d'épaisseur, et leur tissu était dur et résistant. L'orifice auriculo-ventriculaire du côté droit et la valvule correspondante étaient bien conformés ; l'oreillette avait doublé de volume et ses parois étaient hypertrophiées. Le ventricule gauche, également hypertrophié, aurait pu loger le poing dans sa cavité ; les orifices aortique et auriculo-ventriculaire, et les valvules qui les garnissent, étaient à l'état normal. L'oreillette gauche, hypertrophiée et dilatée, d'un rouge clair, était surmontée à sa partie antérieure par une tumeur ovoïde, placée un peu obliquement de droite à gauche, dont l'extrémité, un peu plus obtuse et plus grosse à droite qu'à gauche, portait, à 2 centimètres de la base environ, une fissure horizontale et transversale. Cette fissure, presque superficielle à droite, devenait de plus en plus profonde à mesure qu'on se portait de droite à gauche, et finissait par avoir 1 à 2 centimètres de profondeur : elle ressemblait à une bouche légèrement entr'ouverte. Cette tumeur,

d'un rouge assez pâle, adhérait par un tissu cellulaire dense à l'oreillette; cependant on put l'en séparer par la traction : elle avait 20 centimètres de circonférence et 3 de hauteur. La face interne, qui était accolée à l'oreillette, présentait une cavité régulière et lisse à son intérieur; par la forme, la figure, la consistance et la couleur, elle ressemblait au chapeau du *Boletus edulis*. (Finella, *Annali univ. di med.*, décembre 1844.)

A part le fait de Dionis que nous avons rapporté plus haut (obs. 3), on trouverait difficilement dans la science une observation plus extraordinaire. Une tumeur placée au devant de l'oreillette gauche et y adhérant, finissant par pénétrer dans l'intervalle des seconde et troisième côtes gauches, pour former là une tumeur animée de battements visibles à l'œil (dont l'auteur fixe d'abord la coïncidence avec le second temps, tandis que quelques lignes plus bas, il les déclare tout à fait isochrones avec les battements du cœur proprement dits, c'est-à-dire avec le premier bruit); la présence d'un bruit de soufflet descendant fort et rude, qui se prolongeait un peu dans la tumeur (mais dont nous ne connaissons guère mieux la coïncidence rhythmique), ne sont-ce pas là des signes qui pouvaient faire croire à un anévrysme de l'aorte, ou peut-être même de l'artère pulmonaire? C'est en présence d'un fait aussi curieux que l'on éprouve le plus vif regret de ne trouver dans cette observation aucune donnée séméiologique certaine, et ce qui est plus grave encore, de ne rien trouver dans la description qui puisse servir à déterminer quelle était au juste la nature de cette tumeur.

Nous allons maintenant faire connaître successivement dans leur ordre chronologique les faits de tumeurs fongueuses, développées à l'intérieur de l'oreillette, à partir de celui que Burns a publié au commencement de ce siècle (qui offre l'exemple, unique jusqu'ici, d'une tumeur de ce genre ayant son siége dans l'oreillette droite) jusques aux faits publiés tout récemment.

Obs. XI. — Un homme qui avait eu une hémoptysie un an auparavant, chez lequel le pouls était un peu irrégulier, et qui présentait d'ailleurs tous les symptômes ordinaires d'une maladie du cœur, mourut après avoir craché du sang à plusieurs reprises. L'oreillette et le ventricule droits étaient considérablement dilatés, et on voyait dans l'oreillette un *polype fortement et pleinement organisé, qui était attaché par une surface rugueuse aux muscles pectinés, et dont le corps pendait dans le ventricule droit.* Il ressemblait beaucoup à un polype nasal, et il était si solidement attaché au cœur, qu'on pouvait soulever en même temps tout le cœur et une grande partie des poumons. Il était pendant et aplati de bas en haut, de manière à présenter une forme conique. Sa structure était dense et lamelleuse; il n'entrait pas un seul globule rouge dans sa composition. (Burns, *Diseases of the heart*, p. 194; 1809.)

Obs. XII. — Un homme de 47 ans, qui avait toujours joui d'une santé parfaite jusqu'à l'âge de 30 ans, éprouvait depuis cette époque et sans cause connue de la dyspnée, de la toux, des palpitations violentes. Depuis cinq mois, ces différents symptômes avaient acquis une telle intensité, qu'il avait été contraint d'interrompre son métier de chaudronnier. A son entrée à l'hôpital, on nota de la bouffissure de la face, de l'injection des lèvres qui étaient turgescentes, de la difficulté dans la respiration qui était courte, profonde et comme saccadée; résonnance normale de la poitrine, toux presque incessante; pouls fréquent, irrégulier et intermittent; matité considérable au niveau de la région précordiale, impulsion très-faible. A l'auscultation et à la pointe du cœur on percevait les deux bruits : le premier, sourd, avec une impulsion forte; il s'arrêtait quelquefois brusquement pour s'accomplir après un léger intervalle par une sorte de saccade convulsive : il semblait, comme le disait Laennec, qu'un ressort placé derrière le cœur se débandait instantanément, et venait soulever cet organe contre les parois thoraciques; entre les deux bruits, c'est-à-dire pendant le petit intervalle, on percevait à la pointe du cœur un bruit de frottement sec et rugueux. Le second bruit se faisait entendre dans toute la région précordiale; il était sec et retentissant. Plus tard, affaiblissement dans la force du pouls en même temps qu'accroissement notable dans l'intensité et l'étendue du bruit de frottement; œdème général et mort par asphyxie.

Autopsie. — Adhérences du péricarde à la plus grande partie de

la face antérieure du cœur, par l'intermédiaire d'un tissu cellulaire filamenteux très-dense; cœur doublé de volume; de sa pointe à l'insertion des oreillettes, on compte 4 pouces et demi; oreillette droite énormément hypertrophiée; valvule d'Eustachi deux fois plus grande qu'à l'ordinaire; *oreillette gauche agrandie d'un tiers, contenant un corps pyriforme de la grosseur d'un œuf de perdrix.* Ce corps, que recouvrait manifestement une expansion de la membrane interne de l'oreillette, expansion au-dessous de laquelle semblaient encore se dessiner des arborisations déliées, ce corps était inséré par un pédicule charnu qui n'avait pas moins de 4 à 5 lignes de longueur, presque au centre de la cicatricule qui remplace le trou de Botal, et reposait par sa base sur l'orifice auriculo-ventriculaire gauche vers lequel il semblait faire effort pour s'engager. La base de cette production était d'ailleurs anfractueuse, inégale, mamelonnée; sa consistance celle des polypes charnus des fosses nasales. La division de ce corps montra qu'il était formé d'une substance légèrement ambrée, assez consistante, qui, vers le pédicule, se rapprochait beaucoup de la couleur des fibres du cœur, mais qui bientôt changeait totalement d'aspect et n'offrait plus trace d'organisation. La base de cette végétation était enfermée dans une coque demi-cartilagineuse et osseuse, à cloisons qui interceptaient entre elles des cellules d'un diamètre variable. Ces cellules, dont la plus grande eût logé à peine une fève de haricot, étaient remplies par une matière blanchâtre, comme cérébriforme, au milieu de laquelle se rencontraient un grand nombre de granulations blanches solides. La membrane interne de l'oreillette était épaissie; elle offrait un très-grand nombre de plis transversaux; sa couleur était cramoisie. Hypertrophie notable avec dilatation du ventricule droit; même altération du ventricule gauche; orifice auriculo-ventriculaire gauche considérablement agrandi: il avait 15 lignes de diamètre par celle de ses faces qui répondait à l'oreillette. La valvule mitrale était rugueuse et mamelonnée; la zone à laquelle elle s'implantait était hypertrophiée: c'était un cercle tuberculeux qui n'avait pas moins de quelques lignes d'épaisseur; c'était sur lui que reposait la tumeur. Par sa face inférieure ou ventriculaire, la valvule était saine; mais son bord libre ne laissait pas que de mériter un examen spécial. La portion droite de la valvule était seulement augmentée d'épaisseur et couverte d'aspérités; mais à gauche, et surtout dans le point où la base de la tumeur devait exercer des frottements, la valvule était usée, détruite, convertie en un bour-

relct, d'où partaient une foule de mamelons auxquels vcnaient s'implanter les colonnes charnues. (Choisy, *Revue médicale*, t. II, p. 425 ; 1833.)

Obs. XIII. — Une femme de 45 ans, qui crachait assez souvent du sang depuis cinq ans, et qui avait de la toux, des palpitations et de l'oppression depuis cinq mois, entra à l'hôpital de Midlesex dans l'état suivant : anasarque, lividité de la face, dyspnée extrême, décubitus seulement sur le côté gauche, syncopes, pouls petit, battements des jugulaires, expectoration sanglante, matité de la poitrine en arrière et à droite, avec du râle crépitant, légère augmentation de l'impulsion du cœur. Les bruits présentent des caractères particuliers difficiles à décrire; entre le premier et le deuxième bruit, il y a un bruit supplémentaire. Quelques jours avant la mort, les bruits du cœur s'altérèrent légèrement : le bruit additionnel paraissant se rapprocher du second bruit, tandis que primitivement il paraissait plus intimement uni au premier.

Autopsie. — Dilatation du ventricule droit et de l'oreillette correspondante. *Dans l'oreillette gauche, on voyait une tumeur grosse comme un œuf, attachée par un pédicule à la surface interne de cette cavité, immédiatement au-dessous de l'ouverture des veines pulmonaires et au niveau de la fosse ovale.* Cette tumeur était tapissée par une membrane lisse, luisante, prolongation de celle qui revêt l'oreillette gauche, et qui lui ressemblait sous tous les rapports. Le pédicule, qui a le volume d'une grosse plume, présente une force et une résistance telles, qu'on peut, en saisissant la tumeur, soulever la masse cardiaque. Lorsqu'on la coupe, la tumeur paraît solide, comme la rate, et la section donne une coupe ferme, gélatineuse, uniforme, d'un rouge foncé, qui a un peu l'aspect du sang coagulé, avec cette différence que le sang paraît renfermé dans les mailles d'un tissu cellulaire très-fin. A mesure que la tumeur s'est desséchée, on a aperçu de nombreux vaisseaux sanguins formant des arborisations à la surface de la membrane d'enveloppe. Il y avait quelques points d'apoplexie pulmonaire à la base et au sommet du poumon droit. (*London med. gaz.*, t. XV, p. 671; 1834.)

Obs. XIV. — Un jeune homme de 19 ans, facteur à la poste de Nanterre, était souvent sujet, depuis l'âge de 8 ans, à perdre connaissance, et depuis cinq ans surtout il éprouvait des céphalalgies violentes avec vomissements. Perte complète de connaissance et

de la parole, paralysie du côté droit du corps, il y a deux ans. Ces accidents se dissipèrent au bout de vingt-quatre heures, et ne laissèrent après eux qu'un peu d'engourdissement dans les membres. Depuis quinze mois ce jeune homme est moins bien portant : amaigrissement, un peu de toux le matin, expectoration sanglante. A cette époque il a éprouvé également de violents chagrins, et c'est à cette dernière circonstance, et aux mauvais traitements auxquels il a été en butte de la part de sa belle-mère, qu'il attribue l'exaspération de sa maladie. Les accidents ont pris une si grande intensité dans les derniers temps, que non-seulement il a été forcé de renoncer à sa profession, mais encore il a été réduit à rester constamment dans son lit, la tête et les reins soutenus par des oreillers. C'est dans cet état qu'il fut apporté à l'Hôtel-Dieu, service de M. Récamier (7 mars 1843) : développement général tellement incomplet, qu'on lui eût tout au plus donné quatorze ans ; face pâle et amaigrie, étouffements continuels, expectoration muqueuse plus abondante le matin, expiration prolongée et quelques craquements au sommet du poumon gauche ; battements du cœur visibles à l'œil nu, et soulevant la poitrine dans une grande étendue ; matité de la région précordiale très-considérable, s'étendant de haut en bas depuis le troisième espace intercostal gauche jusqu'à un travers de doigt au-dessous du rebord des fausses côtes du même côté, et transversalement depuis le bord droit du sternum jusqu'au mamelon, c'est-à-dire dans un espace de 28 centimètres de hauteur et de 15 de largeur. Battements du cœur tumultueux; cependant, en écoutant attentivement, on finit par percevoir les deux bruits du cœur : l'oreille, appliquée sur la pointe de cet organe, entend un bruit de souffle très-intense qui se propage avec une certaine intensité en dehors et à gauche de la pointe du cœur, se percevant encore en remontant jusqu'au milieu de la hauteur du cœur, où il diminue et se perd sur le trajet des gros vaisseaux. Pouls petit, irrégulier; frémissement vibratoire des plus tranchés. La mort eut lieu quatorze jours après, à la suite d'accidents intestinaux qui simulèrent jusqu'à un certain point un empoisonnement.

Autopsie. — Hypertrophie générale du cœur avec dilatation; *oreillette gauche distendue par une masse rougeâtre que l'on supposa d'abord être un caillot ; masse lobée, comme fongueuse, ayant l'aspect et la consistance de la gélatine, fournissant, lorsqu'on la pressait entre les doigts, un peu de sérosité sanguinolente, et descendant dans le ventricule gauche à travers la valvule mitrale dont elle tenait*

les segments écartés l'un de l'autre. Elle était insérée dans l'oreillette gauche, à peu près au niveau de la valvule qui forme le trou de Botal chez l'adulte. En cet endroit, la membrane interne de l'oreillette se trouvait épaissie, froncée et comme tordue sur elle-même; elle pénétrait ainsi, en se ramifiant et en augmentant de densité, dans l'épaisseur de cette masse gélatiniforme. Sur cette espèce de pédicule, qui avait une consistance demi-cartilagineuse et une longueur de près de 2 centimètres, se trouvaient attachés, comme des grains de raisin sur leur tige centrale, les lobes de la tumeur, subdivisés eux-mêmes par des sillons profonds en d'autres lobes beaucoup plus petits. On pouvait suivre dans ces divers lobules la membrane interne de l'oreillette, et on la voyait se terminer en filaments très-déliés dans leur épaisseur, de même que l'on voit les fibres tendineuses se perdre insensiblement dans les fibres musculaires; dans certains points, elle fournissait une espèce d'expansion fibreuse qui recouvrait quelques lobes. Le pédicule adhérait si solidement à l'endocarde, que l'on pouvait, en le saisissant près de son insertion, soulever le cœur sans le rompre. Petites nodosités rougeâtres sur le bord libre de la valvule mitrale, avec un peu de rétraction des fibres tendineuses qui la font mouvoir. (Dr de Puisaye, *Gazette médicale*, 1843.)

Obs. XV. — Un horloger, âgé de 60 ans, qui avait été soumis à de douloureuses épreuves morales, n'était malade que depuis huit jours seulement lorsqu'il entra à l'hôpital de Montpellier: Anorexie, céphalalgie frontale, nausées, frissons alternant avec des sueurs, douleur fixe à l'hypochondre droit et à l'épigastre, augmentation de volume du foie; pouls irrégulier et petit; couleur jaune répandue sur la peau et la conjonctive; respiration difficile et violentes palpitations. Mort graduelle, avec les symptômes d'une maladie du foie, douze jours après.

Autopsie. — Indépendamment d'une hypertrophie du foie, avec ramollissement et congestion sanguine considérable, d'une infiltration de sérosité entre l'arachnoïde et la pie-mère, on trouva le cœur très-volumineux, surchargé de graisse, surtout du côté droit; des masses fibrineuses remplissant l'oreillette de ce côté, et l'oreillette gauche offrant une capacité remarquable, avec épaississement de ses parois. Dans l'intérieur de l'oreillette pulmonaire, à gauche et près du bord supérieur de la zone tendineuse, on apercevait *une tumeur pyramidale blanche, pédiculée, tenant par son sommet à l'oreillette et libre par sa base, faisant saillie, en*

outre, dans le ventricule. Elle avait 47 millimètres de long et 74 dans sa circonférence, 31 seulement dans sa partie la plus mince. Cette tumeur était formée par une masse ou noyau compacte, résistant, homogène, de nature évidemment fibreuse ou albuginée, recouverte dans toute son étendue par l'endocarde épaissi, que l'on pouvait isoler par une dissection attentive. La valvule mitrale offrait une épaisseur insolite. La valve droite de cette soupape était insuffisante: c'était celle sur laquelle portait la tumeur. Nombreuses concrétions ossiformes à l'origine de l'aorte et dans le tissu cellulaire sous-séreux. (Dubrueil, *Gazette médicale de Paris*, p. 512; 1843.)

Obs. XVI. — Une dame de 34 ans éprouvait, depuis l'âge de 20 ans, époque de son mariage, des douleurs vagues au pourtour de la poitrine et dans les lombes. Elle passa sept ans dans cet état de langueur continuelle et avec dérangement des règles: flux leucorrhéique, battements du cœur, oppression. Lorsque l'auteur commença à lui donner des soins, elle était dans l'état suivant: Face pâle, lèvres décolorées, regard sans expression; douleur profonde à la région précordiale et dans le côté gauche du thorax; respiration courte et pénible, battements du cœur plus forts, plus sourds et se percevant dans une plus grande étendue que de coutume; son mat dans la région sternale et dans une portion de la région thoracique gauche; pouls petit, fréquent et régulier; œdème des extrémités. Après la mort de cette dame, on trouva le cœur hypertrophié, l'oreillette gauche épaissie et dilatée, contenant une *tumeur fibreuse*, *cordiforme*, *offrant un pédicule mince*, *s'insérant*, *d'une part*, *à la base qui est située en haut*, *et*, *de l'autre*, *à la zone tendineuse auriculo-ventriculaire*. Cette tumeur avait 54 millimètres de long, 102 millim. de large et 31 millim. de circonférence, suivant les points où on la mesurait. Elle était partout recouverte par l'endocarde, et s'identifiait par son pédicule avec la zone tendineuse. Elle pénétrait dans le ventricule gauche, et comprimait à droite la moitié environ de la valvule mitrale. (Dubrueil, *Gazette médicale de Paris*, p. 513; 1843.)

Obs. XVII.— Une femme de 55 ans mourut après avoir présenté une hydropisie générale et une obstruction thoracique. A l'autopsie, on trouva dans l'oreillette gauche, près de la circonférence du trou ovale, un polype volumineux gros comme un œuf de poule. La surface d'insertion était presque aussi large qu'un

shelling. Cette tumeur avait un aspect général jaune clair et demi-transparent, avec quelques points blancs, opaques, disséminés dans son étendue. Elle était plus ferme que les concrétions fibrineuses ordinaires. En injectant les artères coronaires, on vit se dessiner sur cette tumeur un beau réseau capillaire. Cette concrétion polypiforme était tapissée par une membrane mince, qui se continuait avec la membrane qui tapisse l'intérieur de l'oreillette. (T. Wilkinson King, *The Lancet*, octobre 1845.)

Si l'on a parcouru avec un peu d'attention les observations qui précèdent, on a pu se convaincre qu'il est possible aujourd'hui, à l'aide de ces observations, non pas de tracer une histoire complète de ce genre de tumeurs, mais d'arriver à quelque chose d'un peu précis, surtout en ce qui touche l'anatomie pathologique.

Ces tumeurs étaient ordinairement pyriformes ; tantôt leur aspect général était uniforme, tantôt elles étaient lobées ou seulement mamelonnées. Leur volume variait depuis celui d'un œuf de perdrix, jusqu'à celui d'un petit œuf de poule. En général, et nous pourrions dire presque toujours (excepté dans l'obs. 11 et l'obs. 17, dans lesquelles rien n'est indiqué à cet égard), ces tumeurs étaient pourvues d'un pédicule ; ce pédicule avait 2 centimètres de long dans un de ces cas. Ordinairement peu volumineux, il avait cependant dans un cas la grosseur d'une plume à écrire ; son insertion paraissait à peu près constante. Car, dans les cas où cette insertion était nettement indiquée, il est dit qu'elle avait lieu au niveau ou presque au niveau du trou ovale, ou plutôt de la valvule qui ferme cette ouverture pendant la vie extra-utérine (circonstance très-difficile à expliquer). Le pédicule était assez souvent constitué par la membrane interne qui se prolongeait sur la tumeur, tiraillée et foncée au niveau du point d'insertion.

Tantôt ces tumeurs avaient l'aspect et la consistance de la gélatine, une coloration jaunâtre ou d'un rouge foncé (obs. 12, 13, 14, 17) ; tantôt elles se rapprochaient davantage du polype charnu (obs. 11) ; ou même elles avaient la consistance et l'aspect

d'une masse fibreuse (obs. 15 et 16); dans un cas (obs. 14), celui qu'il nous a été donné d'examiner, la masse était divisée en un nombre infini de lobules, de manière à offrir à un haut degré l'aspect fongueux. Toutes les tumeurs étaient tapissées dans toute leur étendue par la membrane interne de l'oreillette, ou par une membrane qui en était le prolongement; dans l'épaisseur de cette enveloppe, se rencontraient parfois quelques vaisseaux, mais jamais au centre même de la tumeur.

Quant à leur structure, elle était lamelleuse dans un cas (obs. 11); on trouvait dans une autre de ces tumeurs (obs. 12) une substance ambrée, assez consistante, qui vers le pédicule se rapprochait de la couleur des fibres du cœur, tandis que vers la base c'était une matière blanchâtre, comme cérébriforme, renfermée dans une coque cartilagineuse et osseuse; et dans deux autres cas, c'était une matière spongieuse et gélatineuse (obs. 14 et 17); seulement, dans l'un, des expansions fibreuses, prolongements de la membrane interne, servaient en quelque sorte de squelette aux diverses portions de la tumeur et lui donnaient une consistance plus grande qu'on n'eût pu le croire au premier aspect; et dans l'autre, on apercevait quelques points blancs opaques au centre de cette masse gélatineuse et transparente. Dans le sixième et le septième cas (obs. 15 et 16), la tumeur avait un noyau compacte, homogène, résistant, de nature fibreuse ou albuginée.

Ces tumeurs affectaient avec l'orifice auriculo-ventriculaire correspondant des rapports divers; elles pénétraient dans le ventricule à travers l'orifice dans 4 cas (obs. 11, 12, 16, et surtout obs. 14), peut-être même dans un cinquième, si l'on s'en rapporte à ce qu'on y dit de la longueur du pédicule; dans un autre, la base de la tumeur reposait sur l'orifice. Quoi qu'il en soit, la présence de ces tumeurs au contact de la valvule mitrale y a presque constamment déterminé des altérations; ainsi l'orifice était agrandi dans un de ces cas (obs. 13), le cercle fibreux hypertrophié et la valvule convertie en un

bourrelet mamelonné dans le point où s'exerçait la pression de la tumeur ; dans un second (obs. 14), il y avait de petites nodosités rougeâtres sur le bord libre de la valvule ; dans un troisième (obs. 15), la valvule mitrale était épaissie, surtout la valve droite qui était en rapport avec la tumeur.

L'oreillette qui donnait insertion à la tumeur était constamment dilatée et hypertrophiée; il en était de même du ventricule correspondant. L'hypertrophie était générale dans deux cas; dans un troisième (obs. 11), le péricarde avait contracté dans toute son étendue des adhérences avec le cœur.

Si nous cherchons maintenant quelles sont les circonstances qui ont favorisé la formation de ces tumeurs, nous voyons que, sur 7 observations, 4 ont été recueillies chez des hommes et 3 chez des femmes, à tout âge, depuis l'adolescence jusqu'à la vieillesse. Deux de ces sujets avaient éprouvé des chagrins profonds; et la plupart étaient malades depuis longtemps, (24 ans, 17 ans, 5 ans); tous présentaient les symptômes ordinaires des maladies du cœur, des palpitations fréquentes revenant au moindre exercice, de la dyspnée, de la bouffissure et de la lividité de la face, etc.; le pouls petit et irrégulier dans 3 cas, petit seulement dans 2 cas. L'auscultation n'a été pratiquée avec soin que dans trois de ces cas : dans deux (obs. 12 et 13), il est dit qu'il existait entre les deux bruits normaux un bruit supplémentaire, coïncidant avec une légère augmentation de l'impulsion dans l'un et une diminution dans l'autre; d'un autre côté, nous avons examiné avec soin pendant la vie le sujet de l'obs. 14, et nous pouvons affirmer que l'auscultation ne donnait chez lui d'autres signes que ceux qui appartiennent à l'insuffisance de la valvule correspondante, à savoir : un bruit de souffle au premier temps, dont le maximum se trouvait à la pointe du cœur, se propageant en dehors et à gauche; et un frémissement vibratoire. Il n'existe donc pas aujourd'hui de signe susceptible de faire reconnaître la présence des tumeurs fongueuses des oreillet-

tes; mais en eût-on, il resterait toujours à savoir comment on distinguerait ces tumeurs des tumeurs qui, partant de l'aorte par exemple, viendraient faire saillie dans l'intérieur de l'oreillette, et se porter de là, à travers l'orifice auriculo-ventriculaire, jusque dans le ventricule correspondant, ainsi que cela a été vu dans ces derniers temps. Nous avons pensé que cette observation se rattachait directement à notre travail.

Obs. XVIII. — Un marin, d'une forte constitution et d'une santé habituellement bonne, fut pris, à l'âge de 38 ans, de douleurs de poitrine fixées derrière le sternum, et accompagnées d'une toux sèche, de palpitations de cœur. Malgré des traitements divers, les accidents persistèrent pendant six ans. A l'époque où l'auteur vit pour la première fois ce malade, il était déjà dans un état fort alarmant : faiblesse générale, anxiété, douleurs brûlantes ou comme pongitives derrière le sternum; pouls plein et vibrant; matité considérable de la région précordiale, s'étendant sous le sternum, au-dessous de la troisième côte et à 1 pouce à peu près le long de son bord droit. A la partie supérieure du sternum, pulsations uniformes et énergiques, avec bruit de scie rude, plus faibles à gauche qu'à droite, et se continuant principalement sur le trajet de la carotide droite; bruit de scie plus évident à gauche, se percevant jusqu'à la troisième côte, diminuant d'intensité à mesure qu'on descend, et laissant mieux ressortir le premier bruit du cœur, transformé en un bruit de scie un peu plus prolongé et perceptible jusqu'au centre épigastrique, ainsi que dans le dos; deuxième bruit sourd, de courte durée, sans aucune modification La mort survint, après une longue asphyxie, dix jours après.

Autopsie. — Hypertrophie générale du cœur; oreillette droite gorgée de sang et très-amincie; *un corps sacciforme descendait à travers l'orifice auriculo-ventriculaire droit et en oblitérait presque entièrement la cavité.* Ce corps était bleuâtre, et s'insérait, au moyen de son pédicule, épais de 4 à 5 lignes, sur une surface arrondie et tubériforme, large de 8 lignes environ à la partie supérieure de la cloison interauriculaire; il se prolongeait vers la partie inférieure de l'appendice auriculaire, qui avait contracté des adhérences avec la paroi droite de l'aorte ascendante, et descendait dans le ventricule droit où il venait contracter des adhérences avec les colonnes charnues et les parois du cœur. Ce sac avait 2 pouces 3 lignes de long, 1 p. 1 l. de circonférence au niveau du

pédicule, 1 p. 7 l. au milieu, 1 p. 10 l. à son extrémité; sa tunique externe était formée par l'endocarde auriculaire dilaté sous forme de sac et épaissi; il contenait des dépôts fibrineux bruns rougeâtres. Ces caillots étaient fournis par *l'aorte avec laquelle ce sac communiquait par l'intermédiaire d'une perforation située à la base et dans l'intervalle des valvules sigmoïdes antérieure et interne.* Ces valvules étaient cartilagineuses et roides, au point d'oblitérer l'orifice artériel. L'ulcération était colorée en rouge foncé; son fond était inégal, ses bords évasés, ayant à peu près 6 lignes de diamètre. Les parties voisines semblaient cassantes et présentaient la même coloration. L'aorte était dilatée dans toute son étendue, principalement au niveau du commencement de la crosse, au-dessous de la sous-clavière gauche et au niveau du tronc cœliaque; depuis son origine jusqu'à sa bifurcation, la tunique interne était parsemée d'élevures blanches aplaties, plus abondantes surtout dans la crosse de l'aorte et au pourtour de l'origine des gros vaisseaux, formées par de la matière molle, granuleuse et comme tuberculeuse. Dans l'étendue de 2 pouces à partir de l'origine de l'aorte, toute la circonférence de l'aorte, et surtout en avant, était parsemée de plaques osseuses; au-dessus il y avait de nombreuses ulcérations. (Thielmann Schmidt, *Schmidt's Jarbücher*, nº 5; 1845.)

Un mot maintenant sur la nature de ces tumeurs: nous en avons dit assez pour faire pressentir notre opinion à cet égard. Pour nous, ces tumeurs ne sont autre chose que des concrétions sanguines adhérentes aux parois des oreillettes et organisées. Tout s'explique facilement dans ce système : la structure molle, spongieuse et en quelque sorte élémentaire de ces tumeurs dans certains cas; leur organisation plus avancée et leurs transformations analogues dans d'autres; leur développement lent et progressif par la déposition de nouvelles couches ou de nouveaux lobules; la formation du pédicule aux dépens de la membrane interne, par suite des tractions exercées par le poids de la tumeur, etc. Reconnaissons cependant qu'il nous est impossible de rendre raison d'une circonstance bien importante; nous voulons parler de l'insertion constante de ces tumeurs dans un point toujours le même, sur le trou ovale ou au pourtour de cette ouverture.

OBSERVATIONS SUR L'EMPLOI DE L'APPAREIL A VIS DANS LE TRAITEMENT DES FRACTURES OBLIQUES DE LA JAMBE;

Par M. Jules Davasse, *interne des hôpitaux.*

Parmi les différentes variétés que présentent les fractures simples des membres, une des plus importantes sans aucun doute est celle qui se tire de la direction des surfaces fracturées. Cette distinction, que l'on restreint généralement aux seuls rapports des fragments entre eux, correspond à des traits plus essentiels qui constituent diverses formes dans l'ensemble de la maladie, et s'adresse directement aux plus précieuses notions du pronostic ainsi qu'aux indications les plus légitimes du traitement.

Dans les os longs, on ne peut en rien comparer, ni pour la gravité, ni pour la marche, ni pour la durée, les fractures simples, dites transversales, avec celles dont les fragments ont une grande obliquité. En général, pendant que les premières sont sans tendance bien marquée au déplacement, ou au moins sont faciles à contenir une fois le déplacement corrigé, et se guérissent assez exactement sans difformité apparente, les dernières, difficiles à maintenir dans un état de coaptation suffisante, rebelles à la plupart des moyens ordinaires, longues à guérir, laissent souvent à leur suite des traces fâcheuses et qui rendent toujours la guérison mal assurée.

Pour ne parler ici que des fractures complètes des deux os de la jambe, c'est en effet à la forme très-oblique de ces fractures qu'il convient de rapporter ces accidents, rares sans doute, tels que la perforation primitive ou l'ulcération consécutive de la peau, et plus ordinairement les difformités du membre, le raccourcissement et par suite la claudication. C'est dans ces fractures que l'on voit les consolidations lentes ou même incomplètes et vicieuses; que les malades ne par-

viennent à marcher qu'après beaucoup de tâtonnements, de douleurs et de difficultés ; et qu'enfin on voit le cal céder et même se rompre sous l'influence du plus léger effort, longtemps après la consolidation. Quant à l'influence du traitement, les mêmes appareils qui réussissent si merveilleusement dans la contention des fractures dentelées ou transversales, n'ont plus, dans le cas de fractures très-obliques, de beaucoup la même efficacité. C'est que l'indication change avec la forme de la maladie, et, en conséquence, les moyens thérapeutiques doivent changer de même. On ne peut contraindre un moyen quelconque de traitement à se plier à toutes les indications.

Les mêmes moyens thérapeutiques, c'est-à-dire les mêmes appareils, n'ont pas évidemment les mêmes indications à remplir dans les fractures transversales et dans les fractures obliques de la jambe. Dans le premier cas, tous les moyens de contention agissent également bien pour maintenir en rapport des surfaces qui tendent peu à s'éloigner ; dans le second, la plupart de ces appareils sont en défaut pour vaincre la tendance incessante au déplacement : aussi peut-on choisir les moyens les plus simples comme étant les meilleurs dans le traitement des premières fractures, tandis que, pour ces dernières, nous sommes encore à désirer un moyen convenable, malgré tout ce que nous avons vu d'inventions et de perfectionnements modernes apportés dans les systèmes déligatoires les plus vantés.

S'il est vrai que cette tendance incessante au déplacement et la consolidation dans une direction plus ou moins vicieuse qui en résulte soient la cause principale des graves inconvénients dont sont accompagnées les fractures très-obliques de la jambe, l'indication la plus essentielle sera toujours de s'opposer, avec la plus grande énergie possible, à la reproduction du déplacement. Bien des moyens ont été mis en œuvre à cet égard ; car ce n'est pas d'aujourd'hui qu'on s'est aperçu du peu d'efficacité de nos appareils ordinaires dans ces

circonstances, et le problème a toujours été assez urgent à résoudre pour engager à de nombreux essais.

Il n'entre pas dans mon sujet de discuter ici en détail toutes les méthodes qui ont été employées pour agir selon l'indication énoncée ci-dessus. Il me suffira de dire que, indépendamment des utiles applications qui peuvent en être faites dans d'autres circonstances données, la plupart de ces moyens, ou bien échouent ordinairement dans les cas où la tendance des fragments obliques au déplacement est très-manifeste, ou bien sont suivis d'accidents graves lorsqu'ils ont une grande énergie. On sait que l'ulcération gangréneuse des téguments, la dénudation du tibia et toutes les conséquences fâcheuses qui s'ensuivent, ont été quelquefois causées par la forte compression exercée pour réduire et maintenir réduite la saillie sous-cutanée de l'un des fragments osseux. Ces dangers sont assez ordinaires et surtout assez sérieux pour qu'il soit ordinairement préférable de subir les chances d'une consolidation plus ou moins imparfaite que de courir le risque d'une mortification tégumentaire au devant du foyer d'un os fracturé.

Est-ce à dire qu'on doive nécessairement se heurter à l'un ou à l'autre de ces deux écueils, et qu'on ne puisse, au moins dans certains cas, quelque rares qu'on les suppose, réunir ces deux conditions essentielles d'efficacité, d'innocuité, que nous voyons si rarement conciliables?

Il est, depuis peu de temps, depuis ces dernières années à peine, un nouveau mode de traitement encore peu connu, bien qu'il ait été mis au jour par un chirurgien du plus grand renom, M. Malgaigne. Ce moyen paraît destiné à rendre de grands services à la thérapeutique chirurgicale, car il s'adresse précisément à ces cas de fractures très-obliques de la jambe, en regard desquels notre art se trouve encore au dépourvu; et il remplit, sans devenir lui-même un sujet nouveau de complication ou de crainte, toute l'étendue des indications avec la plus remarquable efficacité. Ne semblerait-il pas, après cela,

qu'une aussi précieuse ressource ait dû nécessairement être accueillie avec la plus grande faveur? Je viens de dire qu'elle était encore bien peu connue; j'ajoute qu'elle est surtout mal appréciée.

Il ne faut pas s'étonner de cette sorte de contrainte qui, jusqu'à présent, a retardé l'application de cette nouvelle méthode. Que d'objections, *a priori*, ne devrait-elle pas soulever! En effet, l'idée d'implanter un corps étranger dans l'épaisseur d'un os vivant pour en fixer les bouts fracturés, et de le laisser là en place pendant tout le temps nécessaire à la consolidation, pouvait paraître d'abord quelque peu étrange et le moyen un peu bien nouveau. On comprend que cela était fait pour froisser quelques préjugés scientifiques, et éveiller certaines répugnances théoriques plus ou moins défavorables à l'expérimentation du nouveau traitement. Comment se résoudre à ne pas admettre une action irritante dans le rôle de cette *épine* enfoncée au milieu des chairs...? Toutes les suppositions étaient possibles et toutes les craintes permises. L'expérience seule devait prononcer.

On peut invoquer aujourd'hui les résultats de l'expérience.

Les deux premiers cas dans lesquels fut faite aux fractures obliques de la jambe l'application de la méthode de M. Malgaigne ont été rapportés par ce chirurgien dans son *Journal de chirurgie* de l'année 1843. Ces premiers résultats avaient frappé l'attention des esprits. On pouvait entrevoir déjà la réalisation certaine d'une idée utile. Un auteur recommandable, M. Nélaton, écrivait alors dans son remarquable traité sur la pathologie chirurgicale (1): « Espérons que des faits nouveaux viendront, en nous montrant la complète innocuité de ce moyen, dissiper les craintes qui existent encore dans quelques esprits. »

---

(1) Tome I, page 207.

De nouveaux faits se sont présentés effectivement depuis cette époque. Je dois à un ancien collègue, M. le docteur Mayor fils (de Genève), la connaissance de trois cas de fractures de jambe, traités par l'appareil de M. Malgaigne, en 1844, à l'hôpital Saint-Antoine, et moi-même, pendant le temps de l'année 1845 que j'ai passé dans ce même hôpital avec cet illustre maître, j'ai été témoin de deux faits qui m'ont paru bien concluants dans leurs résultats. Aucune de ces dernières observations n'ayant été publiée, je viens les faire connaître et en invoquer le témoignage. Ce témoignage peut servir à la science; l'art surtout peut lui donner d'utiles applications. Faisons donc sans plus de retard l'examen de ces faits.

Mais avant tout il sera bon peut-être de rappeler en quelques mots le simple mécanisme de l'appareil de M. Malgaigne.

Il consiste essentiellement en une sorte d'arc en forte tôle qui embrasse les trois quarts antérieurs de la jambe, à une distance d'un travers de doigt du lieu de la fracture. Aux deux bouts de cet arc sont deux mortaises horizontales laissant passer un fort ruban de coutil qui passe par-dessus l'arc, par-dessous la gouttière d'un plan incliné préalablement disposé à la face postérieure de la jambe, et se serre à l'aide d'une boucle. Enfin, du centre de l'arc, à travers un écrou solide, descend une vis de pression à pointe très-aiguë; de telle sorte qu'en tournant la vis, la pointe doit traverser les téguments et se fixer sur la face sous-cutanée du tibia, et que chaque tour de la vis (la striction du ruban lui offrant un point d'appui solide), doit enfoncer de plus en plus le fragment sur lequel elle est fixée.

En outre, un plan incliné pour étendre le membre, une attelle latérale, quelques bandelettes de diachylon pour fixer l'arc métallique et la jambe, quelques tampons de ouate pour garantir les parties d'une compression immédiate, telles sont les seules pièces déligatoires employées. Dans cet appareil, la plus grande étendue du membre se présente entièrement dé-

couverte aux regards du chirurgien, et c'est là un incontestable avantage auquel on ne saurait attacher trop de prix.

Je regrette de ne pouvoir rapporter les deux observations que ont été consignées par M. Malgaigne dans le *Journal de chirurgie* (septembre 1843), et auxquelles je dois renvoyer le lecteur ; cependant, comme ces deux faits figurent dans les relevés qui seront donnés plus bas, je les indiquerai très-sommairement ici.

Obs. I. — Il s'agit d'un aliéné qui était tombé du haut d'un mur sur la plante du pied; il en résulta une fracture complète très-oblique de la jambe; le fragment supérieur du tibia, très-aigu et soulevant la peau, descendait jusqu'à $0^m,02$ environ des malléoles. «Ni l'extension, dit M. Malgaigne, qui résume ainsi brièvement ce fait dans une thèse de concours (*Recherches historiques et pratiques sur les appareils employés dans le traitement des fractures générales*, p. 113), ni la demi-flexion, ni le décubitus de la jambe sur le côté, ni l'élévation du talon et du membre comme dans les fractures de la rotule, ni l'extension permanente, ne purent, même avec une forte pression, réduire le fragment supérieur qui faisait saillie. M. Villepin, mon interne, essaya les cravates de Mayor, qui, au bout de deux jours, produisirent des traces de gangrène; et cependant la peau soulevée menaçait de se rompre, et notre aliéné n'était rien moins que docile. J'appliquai le plâtre en laissant à nu une grande partie du tibia; dès le lendemain, le tibia, réagissant contre la pression du plâtre, avait excorié la peau; il fallut rogner les rebords de cette dure cuirasse; le deuxième jour, même nécessité; le troisième jour, le plâtre, ébranlé par toutes ces manœuvres, se cassa, et la saillie revint. En désespoir de cause, je fis construire un appareil consistant en un demi-cercle de fer passant sur la jambe, et retenu par une courroie qui passait sous la planchette du plan incliné; du centre de l'arcade descendait une vis aiguë que j'enfonçai à travers la peau dans le tibia. Or, même avec ce moyen, je ne pus parvenir à une réduction complète; mais je fis disparaître la saillie sous-cutanée et je sauvai mon malade d'une perforation de la peau, qui m'aurait probablement obligé à réséquer le tibia.» *Pendant deux années* que M. Malgaigne a revu ce malade à Bicêtre, la fracture est restée parfaitement consolidée; il ne s'est fait aucun gonflement à l'entour, et il était impossible de sentir le moindre gonflement de l'os ou du périoste.

Obs. II. — Un homme âgé de 52 ans fut apporté à l'hôpital des Cliniques, le 20 mai 1843, pour une fracture oblique de la partie inférieure de la jambe gauche, avec saillie du fragment supérieur du tibia, en dedans et en avant sous la peau. M. Malgaigne tenta la réduction à l'ordinaire; mais, le lendemain et les jours suivants, la saillie se reproduisant de nouveau malgré l'appareil, on dut avoir recours, le sixième jour, à la vis qui remplit ici admirablement sa fonction, et toute saillie disparut au niveau de la crête tibiale. Le 28e jour de son application, la pointe fut retirée sans douleur, sans suintement de pus ni de sang. Le malade quitta l'hôpital le 20 juillet. M. Malgaigne le revit trois semaines plus tard, marchant sans bâton, bien que la flexion du genou ne fût pas encore complète.

Ces deux faits, dont je viens de donner un aperçu, avaient certes réalisé tout ce qu'il était permis d'espérer comme succès.

Je tire les trois observations qui vont suivre des notes prises au lit du malade, et que M. Mayor a eu l'obligeance de me confier. Je les rapporterai à peu près textuellement pour ne pas en altérer le moins du monde la fidélité.

Obs. III. — Le 2 janvier 1844, dans la nuit, le nommé Danvers (Augustin), âgé de 46 ans, charretier, entre à l'hôpital Saint-Antoine, salle Saint-Joseph, 33, pour une fracture récente de la jambe. La chute qui l'a occasionnée ayant eu lieu dans un état d'ivresse, cet homme ne peut rendre un compte bien satisfaisant touchant la manière dont elle est arrivée. La fracture siége au tiers inférieur de la jambe; elle affecte les deux os; le tibia est coupé en bec de flûte, dont la pointe fait saillie en dedans sous la peau. La réduction facilement obtenue, la jambe est placée demi-fléchie sur un coussin résistant, et enveloppée dans un drap fanon entre deux attelles latérales et deux coussins fixés par trois lacs. Le matin, à la visite, il existe déjà beaucoup de gonflement et de rougeur à la peau. On sent la saillie en pointe du fragment supérieur qui s'est déplacé, et au-dessous il y a une excoriation à la peau; le pouls est plein et fort, la figure colorée; on replace l'appareil; saignée de 4 palettes et diète.

3 janvier. Même état à peu de chose près. Le fragment supérieur faisant une saillie plus marquée, quelques compresses sont placées

sous le talon, et le coussin externe est replié de manière à repousser en dedans et en avant le fragment inférieur. (Saignée de 2 palettes; 2 p. de tilleul gommé; cataplasmes émollients sur la jambe; bouillons.)

4. Même état.

6. La rougeur est beaucoup moindre; mais le pied se trouve fortement dévié en dedans. Dans cette position, néanmoins, le fragment supérieur est aussi déprimé que possible, et c'est ce qu'il paraît exister de plus convenable pour éviter l'ulcération de la peau.

9. Disparition du gonflement inflammatoire. Le membre est placé sur la planchette hyponarthécique fémoro-tibiale, garnie d'une alèze, dont les doubles sont matelassés par une épaisse couche de coton; le pied est fixé dans une convenable direction. Dans la journée, quelques douleurs au talon auxquelles on remédie par la simple addition d'un peu de ouate.

10. Le gonflement inflammatoire ne présentant plus de traces, et le déplacement n'étant pas facilement maintenu par les moyens ordinaires, M. Malgaigne se décide à employer sa vis à coaptation. On s'aperçoit, pendant que deux aides font l'extension et la contre-extension d'une part, que la tension violente de la peau produit une très-vive douleur au niveau du cou-de-pied, et, d'autre part, que cette manœuvre n'amène qu'une réduction fort imparfaite; car les doigts portés sur le lieu de la fracture reconnaissent que le fragment supérieur fait toujours saillie, et que celle-ci est seulement dissimulée par la tension de la peau; mais la vis, en s'enfonçant dans l'os (et elle ne paraît pas y pénétrer à plus de 2 lignes dans son épaisseur) sur sa face interne, près de sa crête, déprime aussitôt le fragment supérieur, et la distance qui le sépare du fragment inférieur disparaît. On cesse alors les tractions, et les fragments conservent les rapports qu'ils viennent d'acquérir, c'est-à-dire que la coaptation, sans être parfaite, est évidemment beaucoup plus exacte qu'avant l'application de la vis. Le malade, interrogé aussitôt après sur le siége des douleurs qu'il éprouve, accuse la région du cou-de-pied; ce qu'il faut attribuer à la distension des ligaments produite par l'extension. Quant au lieu où la vis est implantée, il n'y a point de douleurs. On prescrit une pilule de 0,05 d'extrait de thébaïque, et les trois portions d'aliments.

11. Le cou-de-pied n'est plus douloureux, mais bien le talon; la vis donne une sensation de piqûre; il y a un peu de rougeur de la peau à l'entour.

12. Même état. Sensation d'engourdissement dans la jambe; persistance de la rougeur; nul gonflement. 13-14. Idem.

15. La vis paraît avoir glissé sur la face interne du tibia. De ce côté, la peau forme un bourrelet qui n'existe pas de l'autre, et qui est dû à son refoulement par la tige métallique. Du reste, nulles douleurs, et les fragments sont parfaitement en rapport. M. Malgaigne se borne à faire un peu avancer le pas de vis. 18. La vis est un peu vacillante.

21. Au moyen d'un lacs fixé à l'appareil, le pied étant un peu reporté en dedans, la vis se déplace légèrement en se portant en dehors, et le pli formé par la peau s'efface. En même temps une gouttelette de pus se fait jour auprès de la vis.

26. L'instrument a besoin d'être encore resserré. En le faisant marcher, assez vive douleur qui persiste, mais très-affaiblie, jusqu'au lendemain.

27 (26e jour de la fracture et 18e à partir de l'application de l'instrument). M. Malgaigne se décide à enlever la vis qui ne paraît plus nécessaire, car elle est redevenue vacillante. Le trou formé par la pointe a une profondeur de près de 1 centimètre; quelques minutes après, il est rempli d'une humeur limpide. Il faut noter que, lorsque l'on a enlevé la vis, le malade a accusé la même douleur qu'au moment de son application. L'appareil enlevé, les fragments restent parfaitement en place; quelques légers mouvements imprimés au pied se communiquent au genou. Une cravate est placée transversalement sur la partie antérieure de la jambe, au niveau de la petite plaie laissée par la pointe, afin de continuer, autant que possible, la compression sur le lieu de la fracture.

28. L'humeur limpide, épanchée dans la plaie et coagulée, forme une croûte noirâtre. Le malade ne souffre aucunement; les fragments ne se sont nullement dérangés.

12 février. La croûte tombe et laisse à sa place une cicatrice rouge arrondie, légèrement douloureuse. Depuis quelques jours un peu de saillie s'est formée au niveau de la fracture; il semble que le cal ait cédé légèrement.

13. Dans le but de redresser le cal qui tend à céder de plus en plus, la jambe, débarrassée de l'appareil hyponarthécique, est placée sur un coussin avec l'appareil suivant : en avant, compresses épaisses au niveau de la fracture; en arrière, nouvelles compresses aux deux extrémités de la jambe; coussin de balle d'avoine le long du membre; bandage roulé fortement serré par-dessus le tout.

18. Appareil dextriné qui, pendant la dessication, est maintenu comme le précédent dans le même but.

Le 2 mars, le malade souffrant du talon, on enlève l'appareil dextriné; eschare au talon entourée d'un cercle suppurant; on la recouvre d'une rondelle de diachylon et l'on frictionne la jambe avec le vin aromatique.

Le 17 avril, le malade sort; il peut marcher sans béquilles et sans bâton. Les mouvements du genou sont libres, ceux du pied sont peu étendus; l'eschare se cicatrise; on sent une très-légère saillie arrondie au niveau de la fracture; la jambe se tuméfie légèrement par l'exercice, mais il n'y a ni gêne, ni douleur.

On voit dans cette observation combien l'action de la vis a été puissante, puisqu'elle a fait obtenir une réduction à laquelle ne pouvait arriver la pression des mains, secondée par les manœuvres des aides. Si, plus tard, le cal a cédé, si un peu de difformité s'est manifestée au lieu de la fracture, si le séjour du malade à l'hôpital en a été nécessairement un peu prolongé, ne faut-il pas attribuer cela à ce que la vis a été enlevée prématurément, au bout de dix-huit jours, et avant le terme nécessaire à une plus complète consolidation? Cependant, il n'y a point eu de claudication, point de raccourcissement.

Obs. IV. — Le 5 février 1844, est entré à l'hôpital et couché salle Saint-Joseph, 27, Charbaux (Joseph), 48 ans, menuisier, homme fort adonné à la boisson. On l'apporte sur un brancard, encore ivre à demi. C'est en tombant dans la rue, vers 4 heures de l'après-midi, qu'il s'est cassé la jambe. On reconnaît une fracture en biseau du tibia gauche siégeant un peu au-dessous de l'union du tiers inférieur avec le tiers moyen, et une fracture du péroné vers le tiers supérieur. Il y a une forte contracture des muscles antérieurs de la jambe, de sorte que le pied est fortement fléchi et que la pointe du fragment supérieur fait une saillie prononcée sous la peau. On place la jambe sur le plan hyponarthécique, en exerçant une traction modérée sur le pied; mais on ne peut pas réussir à remédier d'une manière convenable au déplacement.

6. Depuis minuit, le malade accuse des douleurs vives dans le

lieu de la fracture. La jambe présente une tuméfaction notable des parties molles; les moindres mouvements sont très-douloureux. On fait une saignée de 3 palettes, et on couvre de cataplasmes le membre laissé dans le même appareil; seulement la cravate transversale est fortement serrée pour abaisser le fragment supérieur et la traction du pied augmentée.

7. Vésicules phlycténoïdes sur les téguments tuméfiés. L'intumescence inflammatoire n'augmente pas néanmoins.

8. Sans attendre que le dégorgement s'opère, M. Malgaigne, prévoyant les difficultés du traitement de cette fracture, applique son appareil. La vis, implantée d'abord trop près de la crête tibiale, semble glisser sans agir. Elle est donc replacée un peu en dedans sur la surface interne de l'os, pendant que l'on exerce une forte extension sur le pied. Le fragment suffisamment déprimé, l'aide cesse l'extension. Alors il est facile de constater que la saillie du fragment supérieur a disparu, et qu'une dépression de la peau s'est formée dans le point correspondant à cette saillie. Le malade dit n'avoir éprouvé que très-peu de douleur, et cela même au moment où la pointe a pénétré. Une goutte de sang a rempli le creux fait par la première piqûre. On permet 2 portions d'aliments.

9. Le malade n'a point souffert de la piqûre; il a ressenti seulement quelques douleurs passagères au cou-de-pied et au talon. Le gonflement diminue. L'appétit est bon; 3 portions d'aliments solides.

10. Aujourd'hui la pointe n'agit plus. Le fragment s'est relevé et fait saillie. Le malade prétend n'avoir pas touché à l'instrument; mais son lit a été dérangé pour des réparations à pratiquer au poële voisin. La pointe est vissée de nouveau jusqu'à ce que le fragment soit convenablement replacé, et cela sans nouvelle douleur.

12. Le gonflement diminue chaque jour. Le malade ne souffre aucunement et dort très-bien.

17. Il faut chaque jour fixer la pointe qui vacille un peu. On prend la précaution de l'attacher avec un ruban. Du reste, point de tuméfaction ni de rougeur érysipélateuse, et absence complète de douleur.

L'appareil ne vacille plus. Il y a quelques douleurs au talon, par moments. Le malade mange 4 portions d'aliments et boit 3 portions de vin.

1er mars. Tout va à merveille; mais il faut resserrer légèrement l'appareil.

14. La vis est enlevée (c'est le 39e jour de la fracture et le 36e de l'application). Le malade soulève facilement la jambe débarrassée de tous ses liens. La consolidation paraît très-avancée et cependant pas entièrement complète. Une petite eschare s'est formée au talon. La petite plaie provenant de la pointe est insignifiante.

17. La consolidation n'étant pas évidemment complète, bien qu'il n'existe pas de saillie ou de difformité, ou de tendance au déplacement à la surface de l'os, on place la jambe dans un appareil simple. La plaie est cicatrisée.

2 avril. L'appareil préc'dent est remplacé par une bande dextrinée avec une ouverture ménagée pour le pansement de l'eschare. Le malade marche au reste avec des béquilles.

23. On enlève l'appareil dextriné.

25. Le malade a marché quatre heures dans le jardin, et sans béquilles. Le gonflement œdémateux des parties molles est peu de chose.

A partir de ce jour, la marche est devenue de plus en plus facile; cependant le gonflement du bas de la jambe vient facilement, ce qu'il faut attribuer en partie à la disposition variqueuse des veines du membre. Un jour que le malade est sorti en permission, il rentre le soir, dans un état complet d'ivresse et après avoir promené toute la journée sans prendre garde à son état. Il sort le 11 mai. Il n'y a aucune difformité apparente à la jambe, et il faut promener avec attention les doigts sur la face interne du tibia pour sentir un petit tubercule osseux vers le fragment supérieur. La solidité du col paraît parfaite.

Quelques jours après sa sortie, ce malade revient nous voir. Il a fait de longues marches sans en être incommodé, et n'a toujours qu'un peu de gonflement au bas de la jambe.

Pour moi, je peux ajouter à l'observation qu'on vient de lire un renseignement curieux. J'ai eu l'occasion de voir ce malade, *dix-huit mois après* sa sortie de l'hôpital. Il est revenu, en effet, au mois de novembre 1845, à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. Marjolin, pour une entorse du pied gauche. On comprend que c'était là le cas ou jamais de savoir ce qui avait pu se passer à la surface de l'os. Cet homme nous affirma que, depuis le temps qu'il était sorti de l'hôpital, il n'avait jamais senti la moindre douleur dans la jambe, et en particulier dans le point où la vis avait été appliquée. Ce lieu était toujours indiqué par un léger changement de coloration à la peau, et aussi, comme on l'a vu noté dans l'observation recueillie par M. Mayor, par une sorte de petit tuber-

cule osseux peu saillant et circonscrit qui n'avait jamais disparu. L'os était parfaitement conformé dans toute sa surface au niveau de la fracture. Bientôt guéri de son entorse, ce malade sortit la seconde fois de l'hôpital, se servant de ses jambes comme s'il n'avait jamais eu de fracture.

L'observation qui suit est bien différente de celles qui précèdent et même de celles qui la suivront.

Obs. V. — Le 19 février 1844, entra à la salle Saint-Joseph, 28, le nommé François Asselin, pâtissier, âgé de 53 ans, demeurant rue de Bercy, 24. Bien constitué, il a toujours joui d'une bonne santé. Le 17 au soir, marchant avec de gros sabots, il a fait une chute sur le siége après un brusque mouvement de torsion du pied, et il n'a pu se relever. Transporté à son domicile, un appareil provisoire lui a été appliqué; le surlendemain on l'envoie à l'hôpital. — A son arrivée, on constate une *fracture du péroné au-dessus de la malléole, et une luxation incomplète du pied en arrière.* La face dorsale du pied est plus courte que celle du côté sain; de l'extrémité inférieure du tibia à l'extrémité du gros orteil, il n'y a que 17 centimètres pour le côté affecté, tandis qu'on trouve plus de 19 centimètres pour le côté sain. Le talon proémine fortement en arrière : la distance qui le sépare du cou-de-pied est plus considérable que dans l'autre membre; le ruban métrique embrassant ces parties donne 32 centimètres d'un côté et 35 du côté affecté. La face plantaire est portée un peu en dedans. Les deux malléoles font une saillie notable; la malléole externe paraît sur un plan plus postérieur relativement à la malléole interne que dans l'autre pied, et au-dessus d'elle est une dépression correspondante au lieu de la fracture; la malléole interne fait une saillie aiguë très-prononcée sous la peau qu'elle tend, et elle est séparée du tendon d'achille par une dépression marquée. Le gonflement est peu considérable; il y a une excoriation de la peau à la partie interne et antérieure du cou-de-pied. Les mouvements d'exploration sont très-douloureux; mais, aussitôt qu'on abandonne l'extension, le pied se luxe de nouveau, et fait entendre une crépitation nette. On peut donc croire, en outre de la fracture du péroné, à une *fracture du tibia, dans le bord postérieur de la surface articulaire.* Pour le reste, l'état général est bon, la peau naturelle, le pouls à 80; seulement le malade n'a pas dormi les nuits précédentes. On fait une saignée de

3 palettes, et la jambe, placée sur la planche hyponarthécique, est fixée par trois cravates et couverte de cataplasmes.

20 février. Le malade a dormi vers le matin. Le gonflement a augmenté et les téguments prennent une coloration luisante autour de l'articulation. M. Malgaigne ne fait pas de nouvelles tentatives de réduction; ayant reconnu la tendance inévitable de cette espèce particulière de fracture au déplacement, il se propose de soumettre la jambe à l'action de la vis dès que les symptômes inflammatoires seront un peu calmés.

21. Le gonflement n'augmente pas, l'excoriation prend une teinte brune; il y aura une eschare superficielle. Teintes ecchymotiques dans toute l'étendue des téguments de la jambe. Sommeil; pouls à 92; catapl.; une portion.

26. Dixième jour de la fracture. Le gonflement ayant beaucoup diminué, M. Malgaigne applique l'appareil à pointe. La jambe placée sur le double plan incliné et la réduction facilement obtenue au moyen de l'extension, l'appareil est placé d'abord à un demi-décimètre au-dessus de l'articulation tibia-torsienne; mais, comme il ne paraît pas exercer à cette distance une action suffisante, on le replace un peu plus bas. De la première piqûre, il ne s'écoule pas la moindre goutte de sang. L'appareil contenant très-bien le déplacement, la tension du cou-de-pied diminue et la face dorsale du pied paraît avoir gagné plus d'un centimètre en longueur. Cette application a semblé un peu plus douloureuse que d'habitude; néanmoins la douleur a cessé une demi-heure après. Dans la journée sont survenues quelques douleurs au talon, mais point assez pour troubler le repos du malade, qui, du reste, mange ses trois portions d'aliments.

Le 27 et jours suivants, nul changement.

1er mars. Un peu de douleur dans le lieu d'application de la pointe, autour de laquelle s'est formé un léger gonflement de la peau. La petite eschare provenant de l'excoriation du cou-de pied est environnée d'une belle auréole inflammatoire.

Les jours suivants, plus de douleur; l'eschare se détache peu à peu et tombe enfin le 26 mars, sans suppuration et laissant voir au-dessous d'elle un travail de cicatrisation presque entièrement achevé, à part un petit point au centre.

Le 27 mars, trentième jour de l'application de l'instrument, celui-ci est enlevé.

Le surlendemain 29, on s'aperçoit que le tibia est de nouveau reporté en avant et que la luxation se reproduit. En même temps

la petite plaie qui se cicatrisait s'est agrandie et la peau présente de la rougeur tout autour. Une eschare existe au talon.

Le 30, la luxation est presque aussi complète que lors de l'entrée du malade. Celui-ci, qui s'est toujours plaint de s'ennuyer beaucoup à l'hôpital et à qui l'on parle de la réapplication de l'appareil, ne veut pas attendre davantage et sort le 1er avril. Après sa sortie, le pied est devenu très-tuméfié, la plaie s'est agrandie. Le malade a été obligé de garder le lit chez lui et de couvrir la jambe de cataplasmes. Trois mois après on l'a revu : tout était cicatrisé, mais le pied paraissait à peu près fixé dans la position qu'il avait après l'accident, quoiqu'il eût une légère mobilité dans son articulation avec la jambe. Il ne pouvait, sans ressentir quelques douleurs, s'appuyer fortement sur son pied, et ne marchait qu'à l'aide de béquilles.

Je n'ai aucun besoin, je pense, de faire remarquer, dans le fait précédent, cette double circonstance : d'abord l'espèce particulière de fracture, laquelle ne se rapporte pas précisément aux fractures de jambe dont il a été question jusqu'ici, parce qu'elle siégeait dans l'articulation sur le bord postérieur de la surface articulaire du tibia, et qu'elle était par suite compliquée d'une luxation du pied; et ensuite l'opposition du malade à se soumettre à la continuation du traitement qui n'avait point été suffisamment prolongé. J'aurai l'occasion de revenir là-dessus.

Suivent maintenant, et en dernier lieu, les deux observations que j'ai recueillies en 1845. On y trouvera décrites les dispositions accessoires de l'appareil.

Obs. VI. — Le 15 mars 1845, vers une heure de l'après-midi, Gaspard Guilot, jardinier, âgé de 41 ans, demeurant à Bercy et se retirant de travailler, s'en allait par un temps froid et rigoureux, dans un chemin de traverse près de Saint-Mandé. Ayant eu la fantaisie de ramasser de la neige, il se baissa en se penchant sur la jambe gauche, glissa et tomba sur le sol durci par le froid, en ressentant une vive douleur à la partie inférieure de la jambe. Ne pouvant réussir à se relever, il resta ainsi étendu sur le sol, une demi-heure environ, jusqu'à ce que, trouvé dans cet état, il fût transporté à l'hôpital Saint-Antoine, où il arriva dans la soirée.

Il n'était survenu encore que peu d'engorgement et point d'ecchymose. La fracture était située au tiers inférieur du tibia ; celle du péroné paraissait siéger plus haut, cachée dans les chairs. Il y avait une mobilité considérable et un déplacement très-prononcé suivant la longueur, la direction et la circonférence du membre. On reconnaissait une fracture de jambe très-oblique. Le fragment supérieur formant sous la peau, à la face interne du tibia, une saillie anguleuse, il était aisé de voir que l'extrémité de ce fragment était constituée par un biseau oblique de haut en bas et de dehors en dedans ; au-dessous existait une dépression correspondante au chevauchement du fragment inférieur. Le pied était renversé en dehors, et le talon attiré en haut. La réduction ne fut pas sans quelques difficultés ; dès que les mains cessaient d'appuyer fortement sur le fragment supérieur, et malgré l'extension, son extrémité inférieure se portait en dedans. La jambe, entourée de cataplasmes, fut placée dans un appareil simplement contentif.

Le lendemain 16 mars, à la visite, M. Malgaigne, ayant reconnu la fracture en bec de flûte et voyant la saillie se reproduire nonobstant la réduction, m'exhorte à varier de plusieurs manières les moyens contentifs pour maintenir le déplacement. Déjà, cependant, l'engorgement était porté à un point qui rendait difficile non-seulement l'application exacte des divers appareils, mais encore l'exploration de l'os et des fragments de la fracture. Le gonflement survint avec beaucoup de tension de la peau et ecchymose étendue. La jambe, dans un appareil à attelles latérales, fut placée d'abord dans l'extension sur un plan incliné simplement, puis dans la flexion sur le double plan incliné. Pour maintenir le pied, je relevai fortement le talon par des coussins et je le fixai solidement par une cravate qui, partant du cou-de-pied, allait s'attacher à la semelle verticale du plan incliné. Je variai en outre de toutes manières la disposition des attelles, sort en appliquant l'attelle antérieure sur la face interne du membre et directement contre la surface de l'os ; sort en repliant les deux coussins latéraux en forme de coins, l'externe à son extrémité inférieure, l'interne dans sa moitié supérieure ; sort encore en ajoutant de courtes et fortes attelles matelassées de ouate, serrées contre le lieu de la fracture par des lanières de diachylon et contenues en outre à l'extérieur par les grandes attelles avec leurs coussins.

Toutes ces dispositions, qui paraissaient un moment efficaces, étaient bientôt insuffisantes, et rien ne réussissait à faire obtenir

une coaptation durable. Le malade était très-docile, les appareils fortement serrés ne se dérangeaient pas; mais la saillie du fragment supérieur du tibia se reproduisait toujours.

Arrivé ainsi au dix-septième jour à partir de la fracture, le 31 mars, nous n'avions encore obtenu aucun résultat bien satisfaisant; les fragments mobiles affectaient le même déplacement. Alors M. Malgaigne se décida à l'application de son instrument.

Voici comment la chose fut pratiquée: L'extension et la contre-extension étant confiées à deux aides, on dispose préalablement au-dessous du membre, dans toute sa longueur, un plan incliné à semelle verticale, garni d'alèzes en plusieurs doubles. Puis, la réduction suffisamment obtenue, une attelle latérale est placée le long de la face externe de la jambe avec un paillasson replié à sa partie la plus inférieure pour repousser en dedans le fragment inférieur; cette attelle est fixée solidement autour du genou et du cou-de-pied par des bandelettes en diachylon. Le pied est maintenu dans une position verticale par une compresse longuette qui est fixée auprès de la semelle du plan incliné. Cela fait, M. Malgaigne dispose son instrument autour du membre de manière à ce que la partie moyenne de l'arc en tôle, où est fixée la pointe, corresponde un peu au-dessus de l'extrémité inférieure du fragment supérieur, et se trouve dans une direction perpendiculaire à la surface osseuse à maintenir. Pour fixer cet arc, il donne comme point d'appui à son extrémité interne la partie postérieure du jarret matelassé par les alèzes du plan incliné, tandis que l'extrémité externe se trouve fixée en dehors contre l'attelle latérale, par la forte striction du ruban qui complète en quelque sorte la circonférence de l'arc métallique. Alors, en faisant marcher la vis, la pointe traverse les téguments et pénètre dans l'os à 4 centimètres environ au-dessus de l'extrémité inférieure du fragment supérieur qu'elle refoule aussitôt. Il n'y a pas d'écoulement sanguin. Le malade ne jette pas un cri : il s'attendait à une douleur bien autrement vive. L'extension étant discontinuée, et toutes les choses laissées en cet état, la conformation paraît solidement maintenue. Le membre entièrement à découvert, la face externe exceptée, laquelle est longée par l'attelle et le coussin; il est facile d'explorer la face interne et la crête du tibia, et de s'assurer qu'il n'y a pas la moindre saillie appréciable. Bien plus, toute mobilité a disparu au niveau de la fracture, même dans les légers mouvements communiqués au talon. Dans la journée, la douleur causée par la pointe est pres-

que insignifiante, au dire du malade. La nuit, le sommeil n'est point interrompu, au moins par la douleur.

1er avril. Point de rougeur ni de gonflement autour de la piqûre. L'appareil n'est point dérangé, et la saillie est parfaitement contenue; absence de douleur. Toutes les fonctions naturelles comme à l'état de santé.

2 avril et jours suivants. Quelques douleurs ressenties au niveau de la tête du péroné sont calmées par le relâchement de la bandelette circulaire de diachylon, qui comprime l'attelle contre la partie supérieure et externe de la jambe. Le malade éprouve aussi quelques tiraillements dans le jarret et dans la cuisse, mais point de douleur réelle au lieu d'implantation de la pointe. L'engorgement du membre persiste depuis le cou-de-pied jusqu'au niveau de la fracture; dans toute cette partie il prend les caractères d'un empâtement œdémateux profond, indolent et d'une coloration un peu sombre. Au niveau de l'arc et au-dessus, cet engorgement diminue beaucoup; aussi, pour tenir au même degré de striction le ruban qui fixe l'instrument, est-il nécessaire d'engager de temps en temps quelques attelles, et cela jusqu'au nombre de huit l'une au devant de l'autre, entre le ruban et la première attelle de l'appareil : de cette manière est contrebalancé le retrait progressif des parties molles. On peut s'assurer tous les jours de la contention parfaite des fragments; mais à mesure que la consolidation avance, le cal fait un peu de saillie à la surface de l'os.

5 mai, trente-deuxième jour du traitement. La vis est enlevée. On trouve à la place une petite plaie arrondie à la surface, infundibuliforme, ayant environ 1 centimètre de profondeur, et entourée d'un disque croûteux. La pression circulaire exercée par l'arc métallique, en dedans et en arrière de la jambe, a laissé dans la périphérie du membre une dépression marquée de la peau qui forme la limite supérieure de l'engorgement situé au-dessous. Le talon ne présente pas la moindre trace d'eschare.

6 mai. La plaie est déjà réunie; la fracture est bien consolidée. Le malade soulève facilement la jambe, sur laquelle on ne trouve d'autre déformation qu'un peu de saillie à peine appréciable au niveau du cal.

Les jours suivants, le malade peut marcher à l'aide de béquilles. La roideur des articulations est considérable, et on s'occupe à la combattre par des mouvements répétés.

Le malade sort peu après de l'hôpital; mais j'ai eu l'occasion de

le revoir deux mois après, à la fin de juillet. La plaie faite par la pointe de la vis ne se reconnaissait qu'à une légère coloration un peu sombre et très-circonscrite de la peau, sans aucune dépression, du reste, ni adhérence à la surface du tibia. L'empâtement du bas de la jambe n'était pas encore entièrement dissipé, mais il laissait constater l'existence d'une légère saillie formée par le gonflement diffus de l'os au lieu de la fracture, ne s'étendant pas toutefois jusqu'au point où la vis avait été appliquée. La marche était assez facile, sans claudication, et pouvait être prolongée sans douleur.

J'arrive à la dernière observation. Celle-ci présente une circonstance particulière qui vient lui donner un assez grand intérêt. Il s'agit, comme on va le voir, d'une ancienne fracture oblique de la jambe traitée par l'appareil ordinaire et dont le cal s'était rompu, et qui a été merveilleusement guérie la seconde fois par l'application de la vis.

Obs. VII. — Henri Monnet, âgé de 44 ans, maçon, demeurant à Gagny, est un homme robuste et d'une taille élevée. Il a été déjà traité, en 1844, à l'hôpital Saint-Antoine, pour une fracture oblique de jambe. M. Malgaigne hésita, sans motif cependant, à lui faire l'application de son appareil à vis, et il en eut du regret; car cet homme ne guérit qu'avec difformité et claudication.

Après avoir fait un assez long séjour à l'hôpital, il était sorti depuis plus de deux mois, et n'avait repris ses occupations que depuis trois semaines, boitant encore un peu, et se servant toujours d'une canne pour pouvoir marcher.

Le 20 avril dernier, cet homme, voulant enjamber un banc en bois dans sa chambre, et prenant son élan sur la jambe gauche, la même qui avait été déjà fracturée, sentit un craquement dans cette jambe, avec une vive douleur, et aussitôt il tomba sur le plancher sans pouvoir se relever. Ce ne fut que le lendemain qu'il se fit transporter à l'hôpital, où il fut couché, salle Saint-Joseph, n° 16.

Le tibia était cassé dans le même endroit que la première fois, mais on ne pouvait reconnaître le lieu où se trouvait la fracture du péroné. Il existait une mobilité et une déformation caractéristiques ; l'axe de la jambe était brusquement dévié en dehors et coudé en avant au niveau de son tiers inférieur. Les deux frag-

ments chevauchaient fortement à côté l'un de l'autre; l'un, le fragment supérieur, faisait saillie par une pointe très-allongée qui soulevait les téguments en dedans et en avant de la jambe; l'autre, le fragment inférieur, était remonté au côté externe du précédent, et avait été entraîné dans la rotation en dehors par le renversement du pied; tous deux, en outre, faisaient un angle saillant en avant et suivant la direction du membre. La crépitation était des plus sensibles.

La réduction présenta quelques difficultés; ce fut pis surtout pour l'assurer; le fragment supérieur parvenait toujours à se dérober à l'action de l'attelle qui pressait directement sur lui, et la saillie se reformait en avant et un peu en dedans. Au reste, l'engorgement inflammatoire s'étant prononcé, on n'insista pas beaucoup et, pendant les trois premiers jours, la jambe fut entourée de cataplasmes et d'un simple appareil.

Le quatrième jour, l'engorgement un peu diminué permet d'ajouter à l'appareil précédent deux courtes attelles garnies de ouate et fixées à la jambe par des circulaires de diachylon fortement serrés; l'une pressant en avant et en dedans contre le fragment supérieur, l'autre en dehors contre l'inférieur. Cette disposition paraît mettre mieux en rapport les deux fragments. Cependant tout cela est insuffisant, et M. Malgaigne ne veut pas avoir par deux fois le regret de ne point appliquer sa méthode particulière de traitement à un cas où l'indication en paraît encore si nette.

En conséquence, le septième jour, ce chirurgien procède à l'application de la vis, comme il a été décrit pour le cas précédent, mais avec quelques légères modifications. Ainsi la jambe reposant par sa face postérieure sur la portion horizontale du double plan incliné garni d'alèzes, une longue attelle fixée autour de la jambe par trois bandelettes de diachylon est appliquée le long de la face externe, depuis le tiers inférieur de la cuisse jusqu'au-dessous de la malléole du péroné; elle est séparée des téguments, dans toute sa longueur, par l'interposition de trois coussinets ouatés, l'un au-dessus du condyle fémoral, l'autre au-dessous du genou, le troisième au-dessus de la malléole. L'arc de l'instrument, au lieu de prendre un point d'appui direct contre la partie postérieure de la jambe, s'engage par une de ses extrémités, avec le ruban, derrière le plan incliné, et va se fixer par l'autre extrémité au devant de la jambe à l'attelle latérale. La pointe est placée plus directement en avant, le déplacement de la fracture ayant lieu surtout dans ce dernier sens; on l'a fait en outre pénétrer plus profondément à

cause de la tuméfaction que le périoste a pu acquérir par le fait de l'ancienne fracture. La vis est fixée; il ne s'écoule pas une goutte de sang; la douleur a été médiocre et bientôt dissipée; le fragment est puissamment maintenu; la conformation du membre est devenue aussi bonne que possible. Désormais la saillie n'a point reparu.

Pendant tout le temps qu'il a été appliqué, c'est-à-dire un peu plus d'un mois, cet appareil n'a pas causé, à proprement parler, de réelle douleur. Le malade ne s'en est pas plaint un seul instant, et il n'a pas manqué, dès la première nuit, de dormir. Il était là tout aussi calme que dans un appareil ordinaire, mangeant ses quatre portions d'aliments du premier au dernier jour. Il était facile de constater à chaque instant non-seulement le bon état de la conformation du membre et la consolidation progressive de la fracture, mais encore surveiller de près l'action de la pointe dans les parties qui pouvaient être offensées. Or, nous n'avons noté autre chose qu'un peu de rougeur circonscrite de la peau avec soulèvement purulent superficiel et peu étendu sous l'épiderme, et formation d'une croûte. On pouvait attribuer cette légère inflammation aux quelques tours qu'il était nécessaire d'imprimer à la vis lorsqu'elle paraissait se relâcher.

Le trente-troisième jour, l'appareil est enlevé. La plaie qui en résulte est bien circonscrite; il semble qu'elle soit due à une perte de substance; néanmoins, au bout de vingt-quatre heures, elle est déjà cicatrisée. Le cal a toute sa solidité. L'exploration la plus minutieuse ne fait découvrir qu'une légère saillie sur le foyer de la fracture. Il n'y a aucune difformité appréciable à la vue, et nul raccourcissement du membre. Au bout de quelques jours, le malade marche à l'aide de béquilles, et comme il n'y a pas grande roideur dans les articulations, avec facilité, il prétend même avec plus de facilité qu'après la guérison de sa première fracture. Il sort le 31 juin dans l'état le plus satisfaisant.

Tels sont les cas de fractures traités jusqu'à présent (janvier 1846) par le nouveau moyen dont il est ici question (1).

---

(1) J'ai appris que, depuis ces faits, M. Malgaigne, à l'hôpital Saint-Louis, a eu deux fois l'occasion d'appliquer son appareil à vis. Ces deux nouveaux cas étaient relatifs à des fractures de jambe

Je les ai rapportés et réunis ensemble afin qu'on puisse apprécier la valeur du traitement d'après tous ses résultats connus ; et je n'ai rien omis de leurs détails, parce que l'expérience doit faire son profit des tâtonnements qu'on ne peut jamais éviter dans les premiers essais de toute méthode nouvelle.

L'examen de ces faits fera justice, peut-être, de quelques préventions injustes et dissipera des craintes exagérées. Quelque difficile qu'il soit de détruire un préjugé scientifique, l'observation est là pour témoigner contre des objections préconçues.

Examinons maintenant ces faits dans leur ensemble, et sous leurs points de vue généraux les plus essentiels.

1° Sous le rapport de l'innocuité, qu'avons-nous constaté en effet? Au moment de l'application de la pointe, quelques douleurs, il est vrai, mais très-supportables pour la plupart, et dont le peu d'intensité a paru même surprendre quelques malades. Les uns n'ont pu s'empêcher de jeter un cri qui était au moins autant l'effet de la frayeur que celui du mal. L'aliéné de Bicêtre (voy. le *Journal de chirurgie*, septembre 1843), il est vrai, cria beaucoup avant, pendant et après l'application, mais il avait crié de même la veille pour avoir eu la jambe très-mollement liée, et d'ailleurs, afin de juger si ses cris étaient dus à la souffrance, on le fit jaser durant un quart d'heure sur sa vie antérieure, sans que la conversation fût interrompue une seule fois par une plainte ou même par un simple frémissement des fibres du visage. Chez quelques-uns quelques douleurs sont revenues, mais en général très-affaiblies. Chez le malade noté dans la seconde observation, il y eut, le second jour, des douleurs très-vives au talon, qui furent calmées par l'administration d'un grain d'opium.

---

compliquées; et je ne pense pas qu'on puisse confondre leur indication avec celle des fractures obliques simples dont il est seulement question ici.

Chez tous les malades, pendant presque tout le temps de l'application, le sommeil a toujours été calme et l'appétit naturel; leur visage n'exprimait autre chose qu'une merveilleuse impassibilité.

La pointe enlevée, la plaie qui en était le résultat s'est immédiatement cicatrisée, et toujours, à part un seul cas, par première intention.

Jamais nous n'avons vu ni de suppuration profonde, ni de carie, ni de mortification de l'os, ni d'exostose, ni de fistule à la suite. Dans la 4e observation, il est question d'un petit tubercule osseux là où la vis avait été appliquée; dix-sept mois après, ce tubercule n'avait pas augmenté, et le malade ne s'en apercevait nullement. Mais nous avons noté parfois de l'engourdissement dans le jarret, des douleurs au cou-de-pied, et plus souvent au talon, et, dans quatre cas même, des eschares sur cette dernière région; enfin, dans un cas, un empâtement assez considérable dans la partie inférieure du membre.

Voilà à quoi se sont réduits les accidents si redoutés que l'imagination prêtait à l'application de ce procédé. La question d'innocuité doit être maintenant nettement résolue pour chacun.

2° L'efficacité de la méthode ne saurait être non plus l'objet d'aucun doute. Nous avons vu, dans tous les cas sans exception, l'action toute puissante de la pointe abaisser instantanément la saillie rebelle du fragment déplacé. Et certes, ce n'était pas chose peu satisfaisante de ne pouvoir plus reconnaître, tant était parfaite la contention par la vis, le lieu de la fracture, non-seulement à la vue, mais encore au toucher. Pendant tout le temps de la consolidation, le membre restant à nu, rien de plus facile que de vérifier l'état des parties et d'y remédier quand cela pouvait être nécessaire, comme nous l'avons vu dans plusieurs cas.

Quant aux résultats définitifs de l'application de l'appareil, deux fois il y a eu un succès complet, c'est-à-dire une coaptation

définitive aussi bonne que possible (obs. 2 et 7); deux fois une consolidation beaucoup plus exacte que par les autres moyens (obs. 1 et 3); deux fois la bonne conformation du cal a été légèrement altérée, *après l'ablation de la pointe*, de manière à donner lieu à un peu de saillie au niveau de la fracture (obs. 4 et 6).

Reste un seul cas où la déformation s'est montrée à peu près aussi considérable après l'ablation de l'appareil comme avant son application (obs. 5). Je pourrais rappeler, à la rigueur, que cette fracture, située dans l'articulation tibio-tarsienne, et *composée* d'une luxation du pied en arrière, n'appartenait pas en réalité aux fractures obliques de la jambe proprement dites; que, d'ailleurs, le traitement est resté incomplet par l'impatience du malade; et qu'enfin on ne peut obtenir des meilleurs moyens thérapeutiques aucune action sans la participation ou sans le bon gré des malades, avant tout. Mais je préfère remarquer au contraire, précisément dans ce cas, l'efficacité évidente de l'appareil; car le déplacement a été très-bien réduit et exactement contenu, pendant tout le temps de son application, et il ne s'est reproduit qu'après la cessation de son emploi. Cette exception confirme donc la règle, loin de la détruire.

3° Reste la question de nécessité. Certes, elle est rigoureusement établie dans l'observation de l'aliéné de Bicêtre, inutilement traité d'abord par tous les moyens les plus puissants et les plus ingénieux du manuel déligatoire des fractures; et néanmoins le danger de la perforation de la peau, par la saillie du fragment osseux sous-cutané, restait imminent.

On a vu, dans le fait septième que j'ai rapporté, l'exemple d'une fracture oblique récidivée, qui avait été jugée digne, la première fois, de l'application de la vis. Cela ne fut pas fait néanmoins, et le malade, traité par les moyens ordinaires, fut obligé de séjourner quatre-vingt-quatre jours à l'hôpital, d'où il ne sortit qu'avec déformation du membre, gêne, dif-

ficulté de la marche et impossibilité de reprendre ses occupations encore quatre mois après; il était donc urgent d'employer un autre moyen dans cette nouvelle circonstance.

Enfin, dans la 6e observation, pour me rendre à l'invitation de M. Malgaigne, j'ai raconté quels ont été mes efforts pour lutter, par divers moyens, et en suivant l'indication, contre la tendance au déplacement, sans qu'au bout de quinze jours il m'ait été possible d'en triompher. Je sais bien que toutes les ressources ne furent pas employées dans ce cas, la position recommandée par Pott, par exemple; et d'ailleurs, je ne m'appuierai pas sur mon inexpérience personnelle. Mais enfin, je dis ce que j'ai fait.

Tous les praticiens savent parfaitement qu'il se rencontre de temps en temps, dans les diverses fractures de jambe, quelques-uns de ces exemples réfractaires même aux traitements qui semblent réussir toujours. Ces exemples ne seraient pas précisément très-rares, en y regardant de près. M. Malgaigne prétend avoir constaté à Bicêtre bon nombre de ces résultats de toutes parts venus. Pour moi, au moment où j'écris ces lignes, j'ai l'occasion d'observer, dans le service de M. Nélaton, à l'hôpital Saint-Antoine, un cas de fracture oblique de la jambe, traitée par une méthode qui, si elle a donné quelques succès, ne réussit pas cependant toujours; je veux parler de la méthode de Pott, renouvelée par Dupuytren. Qu'il me soit permis de faire ici une analyse succincte de ce cas, pour montrer combien sont réelles les longueurs et les difficultés du traitement dans ces sortes de fractures, même en se conformant à toutes leurs indications.

Obs. VIII. — Joseph Liverneaux, âgé de 34 ans, garçon boucher, d'une taille élevée, d'une bonne constitution, à la suite d'une chute qu'il vient de faire dans la rue en glissant contre un trottoir, est apporté à l'hôpital, le 31 octobre 1845. Il présente une fracture des deux os de la jambe droite, vers le tiers inférieur. Il y a une difformité assez considérable... Le fragment supérieur du tibia fait saillie sous la peau qu'il soulève presque directement en

avant; il est taillé en grande partie sur la crête et aussi sur la face interne de l'os, dans une direction un peu oblique d'arrière en avant et de haut en bas. Le gonflement des parties molles n'étant pas survenu, j'obtiens facilement la réduction par le moyen de quelques efforts modérés sur le talon. La jambe est placée sur un coussin un peu élevé par sa face postérieure, et enveloppée par un drap fanon avec paillassons de balle d'avoine, deux attelles latérales et trois lacs. Le lendemain, 1[er] novembre, la réduction paraît bien faite, M. Nélaton laisse le même appareil qui permet l'application de cataplasmes. — Le 2, il faut relever plus fortement le talon. — Le 3, l'appareil ne s'est pas dérangé; néanmoins le fragment supérieur fait un peu de saillie par sa pointe, sous la peau. On ajoute une troisième attelle avec un paillasson le long de la face interne et de la crête de l'os, et l'on dispose les deux longs coussins latéraux en gouttière à la partie postérieure de la jambe; le talon est tenu très-relevé. — Les jours suivants, en même temps que l'engorgement se dissipe de plus en plus, la saillie du fragment supérieur en avant se manifeste davantage, malgré la striction constante des lacs. — Le 7, appareil de Scultet; l'application en est faite pendant qu'un aide contient exactement le déplacement. Chaque jour on constate l'état de la fracture, et l'on s'aperçoit bientôt qu'elle n'est plus suffisamment contenue. — Le quinzième jour, M. Nélaton prend le parti de coucher la jambe du malade sur son côté externe et dans la demi-flexion; le déplacement se réduit en effet de lui-même. Dans cette position, bandage de Scultet, une attelle appuyant sur la face interne qui regarde directement en avant, et une deuxième avec une troisième sur les faces antérieure et postérieure qui sont devenues latérales. — Les jours suivants, la fracture étant toujours bien réduite, le bandage de Scultet est enduit de dextrine, trois épaisses attelles en carton entourent exactement le membre; par-dessus, le drap-fanon avec les coussins et les attelles en bois. La dessiccation faite, ces dernières pièces sont remplacées par une bande roulée et dextrinée comprimant le bandage de Scultet. — Le quarante-deuxième jour, on enlève l'appareil; la fracture paraît en assez bon état, et la consolidation presque décidée; on met un simple bandage roulé avec des attelles en carton sur le membre, puis, le quarante-neuvième jour, une bande dextrinée fortement serrée, en ayant soin pendant cette application de relever, autant que possible, le talon qui paraît tendre à s'abaisser. Bientôt on permet au malade de varier son attitude; il peut s'asseoir sur son lit ou sur une chaise, et enfin se

promener un peu dans la salle à l'aide de béquilles; mais, dans aucun de ces mouvements, il n'appuie à terre le membre fracturé, et ne fait aucune tentative pour s'essayer à marcher. — Le soixante-deuxième jour, on pense qu'il est temps de débarrasser la jambe de l'appareil dextriné; or, après avoir enlevé l'appareil, on constate non-seulement que la consolidation n'est pas complète, mais encore que la saillie du fragment supérieur s'est reformée en avant d'une façon très-sensible. A cette époque, le membre fracturé présente de 1 centimètre à 1 centimètre et demi de raccourcissement. On maintient encore de nouveau la jambe dans un appareil contentif; un vésicatoire est appliqué sur le siége de la fracture, et le quatre-vingt-septième jour seulement, le malade commence à s'exercer à la marche, à l'aide de béquilles. Il sort quinze jours après, savoir le 5 février 1846, n'appuyant pas toutefois le pied à terre. Aujourd'hui, quatre mois environ après sa sortie, il marche toujours avec assez de difficulté pour ne pouvoir reprendre ses occupations.

L'utilité de la position suivant la manière de Pott a été certainement incontestable dans le cas que je viens de rapporter. Or, malgré cette méthode, malgré l'obliquité peu considérable des fragments, on voit avec quelles lenteurs et avec quelles difficultés la consolidation a été obtenue, et quelle tendance au déplacement a conservée la fracture dans une période avancée.

Après tout, je ne parle que des cas dans lesquels il y a nécessité évidente; et personne ne niera que, réservée pour ces circonstances, et lorsque les autres moyens auront échoué, la méthode de M. Malgaigne ne constitue une ressource bien légitime.

L'examen de ces faits peut nous conduire encore à indiquer en quelques mots certaines précautions qu'il est bon de ne pas négliger dans l'application de la méthode dont je parle.

Je ne reviendrai pas sur les dispositions accessoires de l'appareil qui ont été suffisamment décrites dans le cours des observations. Je ferai remarquer seulement que le ruban qui fait suite aux extrémités de l'arc métallique doit passer en

arrière du plan incliné. Dans l'observation 6, l'empâtement assez prolongé des parties molles, au-dessous de l'arc, a été évidemment causé par la compression circulaire exercée par le ruban contre la face postérieure du membre.

Pour être immédiatement efficace, l'application de la pointe doit se faire en général à 5 ou 6 centimètres au-dessus de l'extrémité saillante du fragment à contenir; c'est à cette distance qu'il a fallu la replacer dans les 4e et 5e observations.

Une précaution importante, c'est de maintenir la vis dans un état de fixité constante. Nous avons vu en effet, dans la plupart des cas, une tendance manifeste de la vis à se relâcher, et par suite du déplacement à se reproduire. Trois fois même, dans les 1re, 2e et 4e observations, il a fallu réappliquer la pointe soit dans la même plaie, soit dans un autre lieu. Ce relâchement dans l'action de l'instrument peut tenir à plusieurs causes : soit à l'affaissement des pièces de l'appareil, ou au retrait des parties molles engorgées; et, dans ces deux cas, l'indication est de maintenir la striction du ruban en resserrant simplement la boucle; soit à une sorte de travail intérieur qui se passerait dans les tissus traversés par la pointe et qui tendrait à la chasser au dehors; et, dans ce dernier cas, il faudrait s'adresser à la pointe elle-même, soit en la fixant par un simple lien, soit en se servant d'un pas de vis plus serré (1). Pour apprécier le degré suivant lequel la pointe était repoussée par cet effort des tissus, mon collègue, M. Mayor, dans un des trois premiers cas, avait attaché au pas de vis un ruban de fil disposé de manière à s'enrouler autour de la tige à mesure que la pointe soulevée tournerait dans son écrou.

(1) Jusqu'à présent M. Malgaigne s'est servi, pour les fractures obliques de la jambe, de deux appareils à griffe construits sur le modèle décrit plus haut. Seulement, dans l'un de ces deux instruments, le pas de vis, beaucoup moins serré, a laissé souvent à la pointe l'occasion plus facile pour se déplacer.

L'expérience montra deux jours de suite le ruban de fil décrivant deux à trois tours autour du pas de vis.

Combien de temps convient-il de laisser l'appareil en place ? A quelle époque faut-il en faire la levée? Dans la plupart des cas observés, cette application a duré de quatre à cinq semaines; elle n'a jamais dépassé trente-six jours; deux fois elle n'a pas atteint trente jours; une fois (c'est la première) elle n'a été que de treize jours. Je ne prendrai pas sur moi de fixer des limites d'une telle durée; cependant, dans quelques cas, elle n'a pas été suffisante, et je crois qu'on pourrait aller sans risques un peu plus loin, ce qui ferait éviter la saillie consécutive du cal.

Enfin, l'appareil a laissé des traces gangréneuses au talon. Cette complication est fâcheuse; je ne l'ai pas vue survenir dans les deux cas dont j'ai été témoin : elle n'est donc pas inévitable; il est bon toutefois d'en être prevenu afin de faire ses dispositions pour l'éviter.

Je termine... Ai-je besoin de déclarer que je n'ai eu nullement l'intention de me faire ici l'apologiste d'un moyen nouveau de traitement au préjudice des autres moyens? J'ai voulu seulement établir l'indication dominante qui séparait les fractures très-obliques des autres fractures de la jambe; et j'ai démontré par le résultat des faits combien la méthode de M. Malgaigne remplissait, sans le moindre péril, cette indication. Avec ces résultats, bien que peu nombreux encore, on est déjà en mesure de prononcer. Je pense, pour moi, que ces faits, s'ils doivent attendre une conséquence légitime, serviront sans aucun doute à enrichir la chirurgie d'un moyen utile de plus : ce sera, si l'on veut, une dernière ressource, mais enfin une ressource précieuse dans des cas pour ainsi dire désespérés. Et c'est là un but assez important pour être pris en sérieuse considération.

OBSERVATION D'ECZÉMA CHRONIQUE GÉNÉRAL ET REBELLE, GUÉRI PAR UN MODE DE TRAITEMENT NOUVEAU (1).

Par M. **COSSY**, *membre titulaire de la Société médicale d'observation, interne des hôpitaux de Paris.*

Il n'est pas très-rare de voir l'eczéma chronique, surtout lorsqu'il occupe de vastes surfaces, résister aux traitements les mieux dirigés et les plus divers, et persister d'une manière en quelque sorte indéfinie. La plupart des dermatologistes en citent des exemples, et c'est un fait de ce genre dont je vais rapporter l'histoire. Chez le malade qui en fait le sujet, l'eczéma remontait à dix années et avait fini par envahir toute la surface de la peau, malgré des traitements nombreux, énergiques et longtemps continués. C'est dans ces conditions défavorables que l'emploi d'un nouveau traitement, dont un des éléments nous est encore inconnu, fut suivi d'une guérison aussi complète qu'inespérée.

Nous croyons bien faire en publiant cette observation, car la thérapeutique n'est pas encore assez riche en moyens réellement efficaces, pour qu'il soit permis de repousser dédaigneusement un traitement utile, par cela seul qu'il n'est pas encore du domaine de la science. Dans une question pareille, il est clair que l'intérêt des malades vient en première ligne, et doit faire taire les répugnances que le seul mot de *remède secret* pourrait soulever.

Voici donc cette observation, dans le cours de laquelle l'occasion se présentera tout naturellement de faire connaître

(1) Cette observation a été recueillie dans la division de M. Louis, à l'hôpital Beaujon.

en quoi consiste à *peu près* le traitement en question et dans quelles circonstances on s'est déterminé à en faire usage.

Observation. — W...., âgé de 30 ans, professeur particulier de mathématiques, né à Stuttgard, est entré le 27 novembre 1843 à l'hôpital Beaujon, dans la division de M. Louis. Cet homme, assez bien musclé et d'une taille moyenne, est habituellement plutôt gras que maigre; la barbe et les cheveux sont châtains et ont toujours été peu fournis; la figure est habituellement bien colorée.

La maladie qui l'amène à l'hôpital est une affection cutanée qui remonte à près de dix années, qui a dès lors toujours persisté plus ou moins intense, et sur laquelle l'intelligence et l'excellente mémoire du malade permettent d'obtenir des renseignements nombreux et précis, dont voici le résumé :

En octobre 1834, après huit jours environ de malaise général et d'une céphalalgie intense, accidents pour lesquels il fut saigné, le malade, sous l'influence de causes qui n'ont pû être convenablement étudiées, vit apparaître sur les coudes et la face dorsale des avant-bras, une éruption de plaques rouges, peu étendues, peu ou point proéminentes, humides, et se recouvrant d'une matière grisâtre, friable, qui s'enlevait aisément par une légère friction. Cette éruption s'étendit peu à peu, en sorte qu'au bout d'un an elle occupait à peu près tout le corps, à l'exception toutefois de la figure et des mains. Pendant tout ce temps, le malade, retenu par une fausse honte, n'osa consulter aucun médecin, et pour tout traitement prit quelques bains froids.

Au bout d'un an, il fut soumis par un chirurgien militaire à un traitement mercuriel qui dura six mois et entraîna une salivation abondante et prolongée. Quelque temps après la fin du traitement mercuriel et sans qu'aucune nouvelle médication ait été essayée, l'éruption diminua peu à peu, et pendant les trois années suivantes que le malade passa en Suisse, elle resta bornée aux coudes et aux genoux.

En 1840, le malade étant alors à Paris, nouvelle recrudescence qui motive son entrée à l'hôpital Saint-Louis (8 août). Là, pendant un séjour de vingt-trois mois, il subit de nombreux traitements. Soumis d'abord successivement et sans résultat favorable aux bains simples, sulfureux, gélatineux, d'amidon et de vapeur, il fut ensuite traité à deux reprises par la solution arsenicale de Fowler, qu'on porta chaque fois jusqu'à 16 gouttes par jour. Pendant la dernière reprise de la solution arsenicale, l'éruption, s'étendant de

plus en plus, finit par devenir générale. C'est alors qu'en déscspoir de cause on eut recours à l'hydrosudopathie.

Le malade y fut soumis pendant trois mois environ durant lesquels l'affection cutanée s'aggrava encore : la tension, la rougeur et le suintement étaient plus marqués, les croûtes plus larges, plus épaisses et plus adhérentes. On renonça à l'hydrosudopathie, et quelques semaines après, il survint spontanément un dévoiement qui dura près de trois mois, et pendant lequel l'affection de la peau s'améliora considérablement, au point que d'universelle, l'éruption se limita aux coudes, aux poignets, aux genoux et aux oreilles. Dans cet état le malade sortit de l'hôpital le 8 juillet 1842, c'est-à-dire après un séjour de vingt-trois mois.

Jusqu'au commencement du mois de novembre de l'année suivante, l'état du malade reste à peu près stationnaire; mais, à cette dernière époque, et sans cause connue, l'éruption redevient générale. Le 27 du même mois, il entre à l'hôpital Beaujon. A ce moment toute la surface du corps est recouverte de lamelles minces, sèches, blanches, qui tombent facilement, se reproduisent avec rapidité et laissent voir après leur chute la surface de la peau d'un rouge vif, lisse et sèche. L'état général est bon. En un mot, le malade présente sous tous les rapports l'état qui sera décrit plus loin avec détails.

Dans les huit mois suivants, aucun changement notable. Pendant ce temps on employa successivement les bains alcalins de Baréges, la pommade de goudron; on chercha, au moyen des purgatifs, à provoquer une diarrhée pareille à celle à la suite de laquelle l'affection avait rétrogradé autrefois, mais tout cela sans succès aucun.

Cependant le malade s'affectant de son état et ayant même manifesté quelques projets de suicide, M. Louis consentit à employer un mode de traitement, expérimenté déjà avec succès par M. le docteur Pepin dans diverses affections chroniques de la peau, restées jusqu'alors rebelles aux autres médications (1). C'était le

(1) On verra plus tard en quoi consiste ce mode de traitement. Je dois dire qu'il a été communiqué au médecin sus-indiqué par un homme étranger à la science, M. Dauvergne. C'est sur les renseignements favorables fournis par le docteur Pepin, joint à l'assurance qu'il donna sur l'innocuité de son emploi, que M. Louis consentit à le laisser appliquer chez son malade.

6 août qu'on devait commencer; le 5 on nota avec soin l'état du malade qui était le suivant :

A l'exception d'une zone de 2 centimètres environ au pourtour de l'anus, toute la surface cutanée est atteinte par la maladie, et nulle part il n'y a ni bandes, ni plaques de peau saine. Débarrassée par de légères frictions des squames qui seront bientôt décrites, on constate que la peau malade est lisse, sèche, d'un rouge vif uniforme; qu'elle est partout beaucoup plus vasculaire et plus épaisse qu'à l'état normal; elle est aussi beaucoup moins souple et moins extensible; les mouvements un peu étendus sont gênés et douloureux, et des gerçures assez profondes, facilement saignantes, existent aux plis des bras, aux poignets et aux jarrets. La peau malade se recouvre de lamelles ou squames larges, sèches, blanchâtres, très-minces et peu adhérentes. Leur reproduction est rapide et leur quantité si considérable, qu'en rassemblant chaque matin celles qui sont éparses dans le lit, il y en a de quoi remplir un vase de la capacité d'un litre, sans les tasser, bien entendu. Ce n'est qu'exceptionellement et lorsqu'on les arrache prématurément que la peau sous-jacente offre un suintement séreux. Nulle part il n'y a de saillies papuleuses ou pustuleuses; mais, en recherchant avec attention, on trouve au voisinage des pommettes, près de la racine des cheveux, et *dans ces points-là seulement*, un assez grand nombre de très-petites vésicules imparfaitement transparentes et irrégulièrement groupées.

Il y a suppression complète des sueurs, même aux aisselles, et cela depuis plus de huit mois; les démangeaisons sont médiocres, et la douleur, qui est très-modérée et ne consiste qu'en un sentiment de tension, ne prend ordinairement quelque intensité qu'à la suite de mouvements étendus ou d'un exercice un peu prolongé. Il y a plutôt de l'embonpoint que de la maigreur; la langue est parfaitement nette et humide, l'appétit bon, les selles solides et régulières. Ni céphalalgie habituelle, ni dyspnée. Le pouls est parfaitement régulier à 76 ou au-dessous. Le malade est levé une partie de la journée.

Le 6 août au matin, M. le docteur Pepin et M. Dauvergne sont chargés de commencer le traitement, qui consiste 1° à brosser avec une brosse dure (1) toute la surface malade, c'est-à-dire tout le

(1) A peu près semblable à celles dont on se sert pour enlever la boue des chaussures. Deux brosses pareilles, qu'on s'était procurées

corps, de manière à enlever autant que possible toutes les squames; 2° cela fait, nouveau brossage avec la brosse imprégnée d'un liquide dont la composition nous est inconnue; 3° à lotionner avec ce liquide, le visage et toutes les parties affectées qui sont trop sensibles ou que la brosse ne peut atteindre. Le malade reste comme par le passé aux $\frac{4}{5}$ de portion d'aliments et à $\frac{2}{5}$ de vin.

A partir de cette première séance, le traitement est continué régulièrement deux fois par jour, à 7 heures du matin et à 7 heures du soir. Chaque fois toute la surface du corps est brossée comme il vient d'être dit.

Dès les premières séances, l'état du malade est évidemment aggravé; la peau devient chaude, tendue, douloureuse; elle est aussi plus rouge et plus épaisse encore qu'auparavant. Les squames que chaque nouveau brossage enlève complétement sont plus larges et moins sèches. Des gerçures nombreuses apparaissent nonseulement au niveau des articulations, mais encore dans la continuité des membres, surtout des inférieurs. La marche est douloureuse, le séjour au lit forcé. En outre de 76 pulsations, le pouls monte à 88-90; l'appétit persiste.

Ces symptômes continuent jusqu'au 20 août suivant, 15ᵉ jour du traitement. A cette époque, on s'aperçoit qu'à la figure, dans le dos et à la face interne des avant-bras, la peau est un peu moins rouge et moins tendue. Cette amélioration devient plus manifeste encore les jours suivants, et le 29 août le malade affirme que de 5 à 7 heures du matin, par conséquent avant le brossage, il a sué du dos et de la poitrine, ce qui ne lui était pas arrivé depuis près de neuf mois. Depuis lors les sueurs ont toujours persisté, mais sans jamais offrir rien de remarquable quant à leur abondance. Le 10 septembre on ajoute au traitement un pot d'infusion de bourrache avec addition de 15 centigrammes de chlorhydrate d'ammoniaque.

Le 31ᵉ jour du traitement, 10ᵉ de l'apparition des sueurs, on constate que, sur le tronc et au cou, à la teinte rouge uniforme a succédé un aspect pommelé dû à ce qu'en une foule d'espaces irré-

---

neuves, étaient à la fin du traitement complétement usées, surtout à leur partie moyenne. Dans ce point l'usure était si considérable que le bois était presque à nu. Ces détails, loin d'être superflus, étaient, au contraire, indispensables. Seuls ils peuvent donner la mesure du degré d'énergie avec lequel le brossage a été employé.

guliers la peau tend à reprendre sa coloration habituelle; dans ces points elle est aussi moins épaisse, et les squames s'y reproduisent avec moins de rapidité; aux membres inférieurs pas d'amélioration évidente. L'état général est comme précédemment.

Le 59e jour du traitement (5 octobre), on note qu'au cou et sur le tronc les espaces où la peau tend à reprendre ou a même déjà repris à peu près sa coloration naturelle, sont prédominants; les squames y sont très-minces et peu nombreuses, la peau y est douce et souple, mais encore légèrement épaissie. Les membres eux-mêmes commencent à s'améliorer, les nombreuses gerçures qui y existaient ont presque entièrement disparu, et le malade peut se promener une partie de la journée sans souffrir.

Pendant les trois jours qui suivent cet examen, bien que le remède Dauvergne ait été suspendu à dessein, l'état de la peau n'a pas rétrogradé, et les squames n'ont pas augmenté.

Le 9 octobre, le traitement est repris; mais, au lieu de deux séances par jour, il n'y en a dès lors qu'une tous les deux jours.

A partir de cette époque, l'amélioration augmente graduellement, mais avec plus de lenteur qu'auparavant.

Le 193e jour du traitement (16 février 1844), la face, le cou et le tronc sont à peu près complétement guéris. La peau y est douce, souple, elle a sa coloration naturelle, et dans toute cette étendue il n'existe que cinq ou six espaces arrondis ou ovalaires de 1 à 2 centimètres dans lesquels la peau est encore légèrement saillante, un peu rouge, et se recouvre d'une matière sèche, blanche, comme farineuse.

L'état des membres est loin d'être aussi satisfaisant. A l'exception des membres supérieurs à leur face interne, des fesses et de la partie interne des cuisses, où la peau tend à reprendre sa coloration naturelle et où les squames sont peu nombreuses et très-minces, le reste de la surface de ces membres est encore d'un rouge vif, les squames y sont encore abondantes, et l'on n'y constate d'autre amélioration qu'une tension moindre et l'absence des nombreuses gerçures qui s'y remarquaient autrefois. L'état général du malade est toujours excellent.

Le malade sort de l'hôpital le 17 avril, 253e jour du traitement. Bien que depuis le dernier examen, c'est-à-dire depuis deux mois, le brossage n'ait été appliqué qu'aux membres et aux quelques espaces qui étaient encore malades sur le tronc, les parties non traitées sont restées dans un état parfaitement satisfaisant, et il n'y a eu aucun pas rétrograde. Actuellement, aux membres, l'affection

est réduite à quelques plaques malades au niveau des coudes et des genoux.

Outre le traitement externe, et sur l'avis du docteur Pepin, qui en surveillait l'emploi, on a prescrit au malade les médicaments suivants :

1° Tous les huit jours, pendant deux mois environ, à partir du 25e jour du traitement, une pilule avec une goutte d'huile de croton tiglium. Il y eut de trois à neuf selles liquides chaque fois.

2° Afin d'agir sur la peau et de favoriser les sueurs qui venaient de reparaître, le malade prit chaque jour, du 30e au 90e jour du traitement, 2 pilules de 0,05 chaque de poudre de rhus radicans.

3° Enfin du 125e au 159e jour on prescrivit les préparations mercurielles (chaque jour 0,05 de proto-iodure de mercure) dirigées contre des végétations vénériennes qui existaient en petit nombre sur la face muqueuse du prépuce.

Après sa sortie de l'hôpital, le malade entra comme instituteur dans un pensionnat de Lagny; là il était très-occupé, ne s'astreignait à aucun régime particulier, il buvait du vin à ses repas, et était chaque jour exposé plus ou moins longtemps au grand air et au soleil. Il continua toutefois à lotionner les portions de peau encore malades avec le liquide de M. Dauvergne.

Dans le milieu de juin, environ deux mois après sa sortie de l'hôpital, le malade vient passer quelques jours à Paris, et se présente à M. Louis à l'hôpital Beaujon. On constate alors que l'état général est excellent, l'embonpoint un peu augmenté; l'affection de la peau n'est pas encore complétement guérie, mais les espaces encore malades lors de la sortie de l'hôpital sont moins nombreux : ceux qui existent encore sont rétrécis notablement; le reste de la peau est parfaitement souple, sans desquamation, et le malade, qui vient de marcher rapidement par une forte chaleur, sue abondamment de tout le corps.

Après quelques jours, le malade retourne à Lagny reprendre les fonctions et le genre de vie indiqués ci-dessus. Il continue également les lotions sur les parties encore malades.

Le 4 septembre suivant, près de cinq mois après la sortie de l'hôpital, nouveau voyage à Paris, nouvelle visite à Beaujon. Sur les membres il y a encore quelques espaces arrondis ou ovalaires de 5 à 10 millimètres, où la peau est un peu rouge, légèrement saillante et recouverte d'une squame sèche, blanche et très-mince : on compte trois ou quatre de ces espaces à chacun des coudes, et à peu près autant au voisinage de chacun des genoux.

Tout le reste de la surface cutanée est parfaitement à l'état normal, avec cette particularité que la peau se colore très-facilement et dans *toute* son étendue sous l'influence d'une émotion morale un peu vive.

Depuis cette époque nous n'avons pas revu le malade, mais nous savons qu'il est encore à Lagny, et dans ce moment (mars 1846) nous avons sous les yeux une lettre qu'il a adressée au docteur Pepin, et dans laquelle il annonce sa guérison *complète*, laquelle remonterait déjà à plusieurs mois (1).

---

(1) Malgré la juste prévention qui s'attache à tout remède secret, nous n'avons pas cru devoir, pour la publication de ce fait curieux, montrer plus de pruderie que l'honorable médecin qui a permis d'appliquer à son malade un traitement non connu dans une de ses parties. Il est probable que cet élément resté secret n'est pas le plus important, et que la liqueur qui sert à imprégner la brosse frictionnante et à faire des lotions est quelque liquide stimulant dont la composition n'a rien de spécifique et par conséquent d'essentiel; en un mot, nous croyons que la partie active, principale du traitement, gît dans les rudes frictions auxquelles est soumise la peau squameuse. Quoi qu'il en soit, il serait difficile de contester dans le cas précédent l'influence du traitement employé, sans qu'on doive en conclure qu'il réussirait dans tous les cas analogues : il faudrait plus d'un fait pour décider la chose. Il n'est pas rare de voir des eczéma, des impetigo, des psoriasis, rebelles à des traitements divers, céder sous l'influence évidente d'un traitement qui échoue comme tous les autres une autre fois. Mais l'observation, si bien exposée par M. Cossy, montre l'heureux résultat d'un procédé thérapeutique, sinon tout à fait nouveau et ayant un mode d'action spécial, du moins différent de ceux employés dans de semblables occasions. C'est aux médecins placés à la tête des hôpitaux consacrés au traitement des maladies cutanées à expérimenter, soit avec le remède empirique complet, soit avec des frictions seules ou jointes à des lotions stimulantes, pour déterminer l'élément véritablement actif du traitement et sa valeur absolue. (N. du R.)

REVUE GÉNÉRALE.

Pathologie et thérapeutique médico-chirurgicales.

ÉPANCHEMENTS DE SANG DANS LA CAVITÉ ARACHNOÏDIENNE (*Sur les*); par le Dr Prescott Hewett. — Les épanchements de sang dans la cavité de l'arachnoïde, ou l'*apoplexie méningée*, ont fixé dans ces derniers temps, d'une manière toute particulière, l'attention des pathologistes, principalement chez les enfants, chez lesquels cette forme d'hémorrhagie est plus commune qu'à toute autre période de la vie. L'anatomie pathologique de cette affection laissait cependant beaucoup à désirer : il importait surtout qu'on embrassât la question d'un coup d'œil général, et c'est là ce qu'a voulu faire le Dr Prescott Hewett. Suivant lui, les épanchements de sang qui s'opèrent dans la cavité de l'arachnoïde peuvent se présenter sous différents états, que l'on peut ramener à quatre formes principales : 1° épanchement liquide ou de sang coagulé; dans ce dernier cas, le sang peut être en caillots ou présenter la forme d'une couche membraneuse mince, tapissant dans une plus ou moins grande étendue la surface du cerveau ; 2° épanchement sous forme d'une fausse membrane qui possède encore à un certain degré la couleur du sang ; dans quelques cas, l'épanchement est réduit à la fibrine seule, et offre une teinte un peu jaunâtre ; 3° épanchement fixé à la surface libre de l'arachnoïde, et maintenue par une fausse membrane qui présente à l'œil nu tous les caractères d'une membrane séreuse; 4° épanchement renfermé dans un kyste dont les parois peuvent avoir divers degrés d'épaisseur, et qu'on peut détacher de la membrane séreuse sans le briser. Les épanchements qui appartiennent à la troisième espèce sont ceux qui présentent le plus d'intérêt, par cela même qu'on les a décrits pendant plusieurs années comme des épanchements ayant leur siége entre la dure-mère et l'arachnoïde pariétale. Ce sang, ainsi extravasé et soudé avec le feuillet pariétal de l'arachnoïde, peut se montrer sous deux aspects différents : il peut être rassemblé en une seule cavité ou disséminé sous forme de plaques, d'étendue et de forme variables, à la surface de la membrane

séreuse, les parties voisines conservant encore leur aspect naturel. Quant aux collections sanguines enkystées, qui constituent la quatrième espèce, on les a trouvées dans divers points de la cavité arachnoïdienne; mais, dans la grande majorité des cas, ces collections se montrent vers la surface supérieure des hémisphères du cerveau; leurs adhérences avec la membrane séreuse sont quelquefois si frêles, qu'on pourrait croire ces kystes entièrement libres; d'autres fois ils adhèrent intimement aux deux feuillets de l'arachnoïde, mais plus souvent au feuillet pariétal, avec lequel ils semblent se confondre; de telle sorte qu'on les prendrait pour une partie de l'arachnoïde, épaissie et malade, faisant saillie audessus du niveau de la membrane fibreuse. L'intérieur de ces kystes peut être parfaitement lisse; d'autres fois ils sont cloisonnés par des lames fibro-celluleuses, qui les parcourent dans toutes les directions. Enfin, on peut trouver des caillots fibrineux adhérents à leur surface interne. Au bout d'un certain temps, les membranes qui les composent reçoivent du sang en quantité convenable; les kystes possèdent alors tous les caractères physiologiques d'une véritable membrane séreuse; ils sécrètent, ils absorbent, ils se remplissent de caillots fibrineux et de sérosité sanguinolente; d'autres fois ils contiennent de la sérosité seule diversement colorée; enfin, on peut y trouver des caillots de sang d'origine récente ou ancienne. L'opinion la plus généralement répandue consiste à regarder ces fausses membranes, qui servent de limites aux épanchements sanguins, comme le résultat d'une exsudation de lymphe plastique, à la suite de l'irritation produite par la présence du sang. L'auteur pense au contraire, en se fondant sur un grand nombre d'autopsies, que cette membrane n'est autre chose que la fibrine coagulée du sang extravasé. Au reste, de quelque manière qu'elles se forment, ces membranes de nouvelle formation sont si étroitement unies à la membrane séreuse, qu'il est très-difficile de délimiter chacune d'elles. L'auteur fait encore observer que la fausse membrane s'étend bien au delà de la cavité qui renferme le sang; de sorte que l'on ne peut véritablement reconnaître le point où commence la fausse membrane que là où la séreuse présente une épaisseur plus considérable. (*London med.-chir. transactions*, t. XXVIII; 1845.)

Ulcérations des gencives (*Sur une forme particulière d'— qui a sévi d'une manière épidémique sur les enfants d'une maison de travail de Dublin*); par le Dr J.-F. Duncan. — Depuis cinq ans que

cette maison de travail est ouverte, l'auteur n'avait pas eu encore l'occasion d'observer aucune affection analogue, lorsque l'hiver dernier il en a rencontré huit ou neuf exemples. Les enfants qui en ont été affectés avaient deux ans et demi à cinq ans. En général l'invasion de la maladie était précédée pendant quelques jours par de la diarrhée; mais comme cette diarrhée se montrait souvent à l'époque de la dentition, on n'y attachait en général que peu d'importance, et on ne faisait rien pour en suspendre le cours. Les évacuations alvines présentaient toujours quelque chose d'anormal; tantôt aqueuses et légèrement teintes de bile; le plus souvent blanchâtres et d'une odeur fétide; presque toujours elles contenaient une certaine quantité de sang soit à l'état fluide, soit mêlé à du mucus gélatiniforme. Au bout de huit ou dix jours, les enfants avaient l'haleine mauvaise, et en les examinant, on trouvait les gencives ulcérées, la racine des dents mise à découvert et tapissée par une matière d'un blanc jaunâtre. A mesure que la maladie marchait, les gencives prenaient une couleur rouge, devenaient gonflées, spongieuses et saignantes au moindre contact. Dans un cas où on n'avait pas soupçonné l'état de la bouche, il survint une hémoptysie tellement abondante que la mère de l'enfant le croyait affecté de consomption. Peu à peu la fétidité de l'haleine augmentait, et la sécrétion salivaire devenait assez abondante pour s'écouler au dehors. Anorexie; soif excessive. L'auteur n'a jamais vu tomber les dents, même dans les cas les plus graves. D'abord cette maladie ne paraissait pas réclamer un traitement bien actif; mais aussitôt que les ulcérations étaient produites, elle marchait avec une grande rapidité vers une terminaison funeste. Cette terminaison paraissait due plutôt à l'intensité de l'état fébrile ou à la persistance de la diarrhée qu'à l'affection même de la bouche. Dans quelques cas, la maladie s'enrayait pendant un certain temps; la diarrhée était complétement suspendue; les évacuations alvines normales; l'appétit meilleur. Mais bientôt les premiers symptômes revenaient sous une forme plus grave, et entraînaient rapidement les malades au tombeau. (*Dublin journal*, septembre 1845.)

Anévrysme partiel du ventricule gauche du coeur (*Obs. d'— ouvert dans le ventricule droit*); par le Dr Jonathan Pereira.—Une jeune fille de 15 ans, domestique, est entrée à l'hôpital de Londres, dans le service du Dr Luke, le 15 février 1845. Il paraît que le 7 février, elle fut envoyée par sa maîtresse chercher de

la bière, et que marchant avec le panier à la main, elle tomba sur les bouteilles qu'elle cassa. Un fragment de verre lui fit au cou une blessure qui fournit beaucoup de sang noir et la fit tomber en syncope. Ramenée chez elle, on lui fit garder le repos et tout alla bien jusqu'au 13 février. Ce jour-là, elle prit un peu d'exercice, et dans la nuit il survint une abondante hémorrhagie par la plaie. A son entrée à l'hôpital, on constata une plaie qui pouvait avoir 1 pouce de long, un peu au-dessus du sternum. Cette plaie laissait suinter du sang veineux. On n'apercevait aucune trace de travail de réparation, ni commencement de cicatrice, ni sécrétion purulente. Le 16 février, en pansant la malade, il s'écoula de nouveau une petite quantité de sang veineux, et l'élève qui faisait le pansement reconnut par hasard l'existence d'un violent *murmure* au niveau du sternum. Le 17, l'auteur de cette observation la vit pour la première fois. Il apprit qu'elle s'était très-bien portée jusqu'à il y a environ trois ans, époque à laquelle elle avait été affectée d'un violent rhumatisme qui lui avait fait garder le lit pendant plusieurs semaines. La convalescence fut très-longue, et depuis lors il lui fut impossible de courir ou de monter les escaliers sans éprouver une gêne de la respiration, et des palpitations de cœur qui la forçaient à s'arrêter. Elle n'avait jamais eu les jambes enflées; mais on apprit plus tard, de sa mère, que ce renseignement était inexact. Elle paraissait du reste dans d'excellentes conditions; son teint était coloré; ses membres bien développés; elle était très-gaie, et s'amusait beaucoup de l'intérêt que les médecins paraissaient attacher à l'étude des phénomènes qui se passaient dans l'intérieur de sa poitrine. Elle avait la conscience d'un bruit qui se passait de ce côté, mais elle affirmait que sa mère lui avait dit qu'il avait toujours existé. Les règles n'avaient pas encore paru. La résonnance de la poitrine était normale, et la matité de la région précordiale n'était pas augmentée. L'impulsion du cœur était peut-être un peu au-dessous de l'état normal; mais ce qu'il y avait de plus remarquable, c'était un murmure *systolique* très-fort, superficiel, qui se percevait sous le sternum et des deux côtes de cet os. Ce murmure tenait le milieu entre le bruit de scie et le bruit de soufflet. On l'entendait dans une grande étendue, et il était fort difficile de déterminer le point *maximum* de son intensité. En effet, il paraissait presque aussi fort dans deux points situés à 1 pouce et demi de distance l'un de l'autre: sous le sternum à gauche, au niveau de l'espace compris entre les cartilages des troisième et quatrième côtes (ou, comme on le présuma, au

niveau des valvules semi-lunaires); et sous le sternum un peu à droite, au niveau du cartilage de la cinquième côte; entre ces deux points, le murmure était encore fort intense, mais pas autant que dans les points précédents (1). On percevait encore ce murmure dans toute l'étendue du thorax occupé par le cœur droit, ainsi que dans toute la partie antérieure droite de la poitrine. Il allait cependant en s'affaiblissant à partir des cartilages de la troisième côte droite. Il était très-distinct sur le trajet de l'artère innominée et se propageait jusque dans les carotides. Du côté gauche, on n'en trouvait plus de traces, passé la deuxième côte. En arrière, on l'entendait, mais faiblement, au niveau de la troisième vertèbre dorsale et quelque peu au-dessous de ce point. En outre il y avait un frémissement vibratoire très-fort, qui était à son maximum dans l'espace compris entre les cartilages de la troisième et de la quatrième côte près du sternum. Le système veineux n'était pas fortement congestionné. La face n'était pas violacée, mais bien rosée, comme celle d'une personne chez laquelle le sang est parfaitement artérialisé; et les veines jugulaires n'offraient ni gonflement, ni pulsations. Le pouls était un peu vite, régulier, mou et un peu plein, mais non bondissant. Le 19, cette jeune fille avait un peu de fièvre; elle paraissait plus faible. Du reste, depuis le 17, elle avait eu deux hémorrhagies peu abondantes, et le jour même une hémorrhagie de plusieurs onces. Le 20, les accidents fébriles étaient plus intenses; soif vive; perte d'appétit. Dans la soirée, violent frisson. Du 21 au 28, l'affaiblissement alla toujours en augmentant. Le 24, les vomissements ne se reproduisirent plus. Le 28, la respiration s'embarrassa; état comateux; l'œil droit fournissait un peu d'écoulement purulent, et la cornée était opaline. La mort eut lieu le 2 mars.

Autopsie. — La plaie du cou était située à un demi-pouce au-dessus du sternum; elle avait 1 pouce de long sur trois quarts de pouce de large. Elle intéresssait le feuillet profond de l'aponévrose cervicale, et avait ouvert un sinus qui faisait communiquer la veine jugulaire antérieure et les veines thyroïdiennes. De ce sinus

(1) La détermination du point *maximum* du murmure n'a pas donné les mêmes résultats à tous ceux qui ont vu cette malade; car M. Cumming en fixe le siége *au niveau du bord droit du sternum à son centre*, et M. Tripe *au niveau de l'articulation synchondro-sternale de la cinquième côte et à droite.* (Note du traducteur.)

partait une grosse veine qui se portait directement dans la veine innominée du côté gauche. La plaie renfermait deux ou trois drachmes de pus de bonne nature. La substance cérébrale était piquetée de sang, et le cerveau généralement congestionné. Les poumons sains ainsi que le foie; la rate ramollie et congestionnée était le siége de plusieurs abcès; les deux reins renfermaient également de nombreux abcès d'un volume variable, depuis celui d'une tête d'épingle jusqu'à celui d'un pois. La cornée de l'œil droit était opaque, et on voyait quelque peu de pus nageant dans le liquide de l'humeur aqueuse. Il n'y avait aucune trace d'inflammation dans les veines caves, les innominées et les iliaques. Le péricarde offrait des vestiges d'inflammation antérieure, tels que des plaques de lymphe plastique fortement adhérentes au tissu sous-jacent, de nombreuses petites masses granuleuses au niveau de l'oreillette droite. Tissu musculaire parfaitement sain; même état de l'oreillette et du ventricule droits, de l'artère pulmonaire et de ses valvules. Le trou ovale était entr'ouvert, mais presque entièrement fermé par une valvule. L'oreillette et le ventricule gauche avaient leur épaisseur et leur dimension ordinaires, si l'on en excepte le ventricule qui était un peu plus épais. *Il y avait une communication anévrysmale entre le ventricule droit et le ventricule gauche du cœur:* l'ouverture de cet anévrysme se trouvait immédiatement au-dessous de la valvule aortique droite, et de l'angle compris entre cette valvule et la postérieure; elle était limitée supérieurement par la valvule sigmoïde droite et le point de réunion de cette valvule et de la valvule postérieure, et inférieurement par la paroi du ventricule gauche. Elle était assez large pour loger l'extrémité du petit doigt; elle avait la forme d'un croissant dont la convexité se trouvait en bas, tournée vers la valvule postérieure, et la concavité en haut. L'ouverture était limitée à sa partie inférieure par une portion de la cloison tapissée par une membrane résistante dans laquelle se trouvaient déposés des lambeaux de lymphe plastique qui lui donnaient un aspect rugueux. Le sac ou la cavité de l'anévrysme avait à peu près la grosseur d'une petite noisette; il était tapissé par une membrane mince, lisse, qui se continuait avec la membrane interne du ventricule. A sa partie postérieure, il y avait quatre petites poches qui faisaient saillie dans les cavités droites du cœur et dont une s'était rompue. Une de ces poches faisait saillie dans cette portion du ventricule droit que les anatomistes appellent *infundibulum* ou *chambre pulmonaire* du ventricule droit; elle se trouvait là en rap-

port avec le segment antérieur ou la longue portion de la valvule tricuspide, et elle adhérait à la surface de la soupape qui fait face à l'artère pulmonaire. Une seconde poche faisait médiocrement saillie dans l'orifice auriculo-ventriculaire droit au niveau du cercle tendineux; la troisième poche était située un peu au-dessous de la seconde, et occupait la base du segment antérieur de la valvule tricuspide. Quant à la quatrième, qui s'était rompue, elle avait traversé la valvule, et c'est celle que nous allons décrire maintenant: des trois divisions ou des trois replis de la valvule tricuspide, deux (la droite ou postérieure, la gauche ou interne) étaient parfaitement saines. Il n'en était pas de même de la division antérieure du grand segment qui s'oppose au passage du sang dans l'artère pulmonaire pendant la diastole. Du côté de l'oreillette, elle était tapissée par de la lymphe plastique solide, et dans une portion de son étendue (environ l'étendue d'une pièce de douze sous) elle était dilatée et formait une poche qui faisait saillie à la manière d'un cône tronqué. Le centre du cône était occupé par une ouverture qui aurait pu donner passage à une grosse plume. Une portion de la valvule unie au pourtour de la poche, ainsi qu'une partie du bord libre adhéraient à la paroi ventriculaire, de manière que l'insuffisance était des plus notables. Il résulte de cette disposition que pendant la diastole des ventricules, au moment où le sang n'était pas chassé du ventricule gauche dans le ventricule droit à travers l'anévrysme, l'ouverture se trouvait dans le ventricule droit; et il est clair également que, si la valvule n'eût pas contracté des adhérences avec la paroi du ventricule droit, l'ouverture de l'anévrysme se fût trouvée pendant la la systole (c'est-à-dire pendant le passage du sang du ventricule gauche dans le ventricule droit) sur le plancher de l'oreillette droite, c'est-à-dire à la surface auriculaire de la valvule qui, à cette période des mouvements du cœur, fait partie du plancher de l'oreillette. Il semblait, en outre, que le sang que les contractions du ventricule gauche poussaient dans l'anévrysme, devait pénétrer dans l'oreillette droite par suite de la direction de l'ouverture terminale pendant la systole du cœur, par suite de la saillie que faisait la poche dans l'intérieur de l'oreillette, enfin par le reflux du sang qui, chassé par le ventricule droit, passait à travers le canal valvulaire incomplétement fermé. Les valvules aortiques étaient saines, quoiqu'un peu opaques. La valvule droite était plus volumineuse que les autres, et vers son bord libre, elle était percée de huit ou neuf petits trous. La portion renflée de la val-

vule était pendante et couvrait en partie l'orifice du sac anévrysmal. A la partie supérieure du segment antérieur ou droit de la valvule mitrale, on apercevait une large plaque de lymphe plastique de forme ovale. Cette plaque se trouvait dans une situation telle, que, pendant la diastole du cœur, c'est-à-dire au moment où cette portion de la valvule regarde l'orifice de l'aorte, elle devait se trouver en rapport avec l'orifice du sac anévrysmal. (*London med. gaz.*, octobre 1845.)

Nous ne pouvons laisser passer une observation aussi curieuse sans la faire suivre de quelques réflexions indispensables. La rupture des dilatations partielles du ventricule gauche dans le ventricule droit est d'abord une circonstance extrêmement rare; en effet, les dilatations partielles du cœur se terminent rarement par rupture, ainsi qu'on peut le voir dans le remarquable mémoire que Thurnam a publié sur ce sujet. (*London med.-chir. transactions*, 1838, p. 254.) D'un autre côté, on n'a pas souvent l'occasion d'observer des dilatations partielles de la cloison interventriculaire. Nous n'en connaissons, pour notre part, et l'auteur de l'observation n'en cite que sept exemples, dont quatre rapportés par Thurnam, un cinquième par le Dr Bond (*Med.-chir. review*, 1838), un sixième par M. Thibert (*Arch. gén. de méd.*), et le septième par le Dr Craigie (*Edinb. med. and surg. journal*, août 1843). Encore de ces sept dilatations anévrysmales, trois seulement étaient situées à la base de la cloison, de sorte qu'en mettant de côté le fait que Thurnam a emprunté à Laennec, et qui manque de détails suffisants, l'observation précédente serait le premier exemple de rupture de cette espèce de dilatation. Nous n'insisterons ni sur l'absence de dilatation et d'hypertrophie des cavités du cœur, ni sur le manque de tous les symptômes caractéristiques de la congestion veineuse, tels que la cyanose, les battements des veines jugulaires, etc., ni sur la période de la vie à laquelle cette affection s'est développée, ni sur son origine rhumatismale. Le siége de cette dilatation mérite au contraire quelques remarques; il semble en quelque sorte que Thurnam ait prévu la possibilité de cette perforation, lorsqu'en parlant de cette portion supérieure de la cloison qui occupe l'intervalle compris entre la valvule sigmoïde postérieure et la valvule sigmoïde droite, et qui chez l'homme n'est pas formée par des fibres musculaires, mais seulement par l'adossement des deux feuillets de l'endocarde entre lesquels se trouve seulement interposé un peu de tissu fibreux, il dit: Ne peut-on pas regarder comme probable le développement d'une di-

latation anévrysmale dans ce point particulier?... Un autre point plus important encore, c'est d'établir la relation qui existe entre les altérations pathologiques et les phénomènes observés pendant la vie. Il y avait d'abord un murmure systolique remarquable par son intensité et son siége. Ce murmure dépendait-il de la pénétration du sang dans l'intérieur du sac anévrysmal ou de la rentrée du sang dans l'oreillette droite à travers la valvule tricuspide insuffisante? C'est là ce qu'il est difficile de déterminer d'une manière absolue. Il paraît cependant que ce murmure avait deux points *maximum*, et dès lors on pourrait croire que ces deux conditions morbides contribuaient à produire ce phénomène. Le frémissement vibratoire si prononcé dans ce cas particulier reconnaissait-il cette double origine? Il est permis d'affirmer qu'il n'en était pas ainsi, car ce frémissement vibratoire avait son *maximum* dans le lieu occupé par l'oreillette droite, et par conséquent il était dû au reflux du sang du ventricule droit dans l'oreillette correspondante. Aurait-il été possible d'éviter l'erreur de diagnostic que l'auteur de cette observation a commise en admettant d'abord l'existence d'une maladie des valvules aortiques? Nous le pensons; et ce qui nous confirme dans cette idée, c'est que le murmure ne se propageait que très-faiblement dans les carotides.

Abcès de la rate; obs. par le Dr Chiappini. — Un enfant de 15 ans, briquetier, d'une constitution médiocrement forte et d'un tempérament sanguin, né et habitant dans la ville du Cap, était malade depuis environ quatre jours, lorsque l'auteur fut appelé pour lui donner des soins. Il le trouva assis près du feu, enveloppé dans des couvertures, et se plaignant d'un froid vif, de faiblesse et de lassitude générale, de douleurs dans tout le corps; la tête était chaude, les yeux congestionnés; céphalalgie, chaleur et sécheresse à la peau; pouls fort et plein, à 110. (Saignée du bras, émulsion purgative à l'intérieur.) Le lendemain la fièvre persistait; le pouls était à 116; le malade avait été plusieurs fois à la garde-robe, et le ventre était indolent dans toute son étendue. (Nouvelle saignée de 16 onces, continuation du purgatif, 12 sangsues derrière les oreilles.) Le troisième jour, son état ne présentait encore aucune amélioration; de même le quatrième. Mais à cette époque le malade commença à se plaindre, pour la première fois, d'une douleur à la pression dans la région de la rate; l'intelligence était nette, mais la face présentait à un certain degré l'aspect typhoïde. Malgré des applications répétées des sangsues, la douleur persista dans l'hy-

pochondre gauche, et le huitième jour l'auteur apprit que le petit malade avait eu, vers quatre heures du matin, un violent frisson; nouveau frisson à la même heure le lendemain; le pouls battait de 120 à 125 fois par minute; la langue tendait à se sécher; le malade ne pouvait faire une grand inspiration sans éprouver dans l'hypochondre gauche une douleur très-vive. Le dixième jour, il survint un nouveau frisson d'une grande intensité; le pouls était à 140, petit et faible; la douleur du côté gauche de l'abdomen persistait avec un certain degré de tension et de tuméfaction de toute cette cavité. Les frissons continuèrent pendant les jours suivants; la respiration commença à s'embarrasser, et le malade succomba le treizième jour.

Autopsie. — La cavité abdominale renfermait environ 2 pintes d'un liquide sanieux et d'une odeur fétide; la partie supérieure de l'épiploon gastro-colique, l'épiploon gastro-splénique, et la portion du péritoine qui tapissent le diaphragme, étaient fortement enflammés; la rate adhérait solidement à l'épiploon, à la face inférieure du diaphragme, à l'extrémité cardiaque de l'estomac et à l'extrémité du lobe gauche du foie; la capsule de l'organe splénique était fortement épaissie et désorganisée, et l'organe lui-même avait au moins décuplé de volume. A sa surface convexe, vers les fausses côtes, on apercevait deux excavations larges et irrégulières, qui contenaient de la sanie purulente et communiquaient l'une avec l'autre; à la partie supérieure de sa surface concave se voyait encore un très-large abcès; d'autres, beaucoup plus petits, occupaient la partie inférieure de cet organe; le parenchyme était transformé en une espèce de pulpe dans toute la moitié supérieure; la substance tubuleuse du rein droit et du pancréas était le siége d'une infiltration purulente assez considérable. Il n'y avait aucune trace de travail inflammatoire vers d'autres organes. Le péricarde renfermait 4 à 5 onces de liquide limpide. La partie supérieure du poumon droit était le siége d'une infiltration sanguine; la partie inférieure de ce poumon était convertie en une espèce de putrilage comme gangréneux. Le sommet du poumon gauche était soudé avec la plèvre par de nombreuses adhérences; du côté droit, la cavité pleurale présentait également des traces de pleurésie. (*The Lancet*, juillet 1845.)

Néphrite albumineuse (*Sur la coïncidence de la— avec la phthisie pulmonaire et sur l'influence de la diathèse scrofuleuse comme cause prédisposante de cette maladie*); par le Dr T. Bevil Peacock.

— Il y a peu de questions sur lesquelles les auteurs diffèrent autant d'opinion que sur celle de savoir quel est le rapport qui existe entre la néphrite albumineuse et la constitution ou la maladie scrofuleuse. D'un côté, Bright qui regarde la phthisie pulmonaire comme une complication rare et sans importance; de l'autre, Christison, MM. Rayer et Martin-Solon, le Dr Osborne, qui placent la diathèse scrofuleuse au nombre des causes qui prédisposent éminemment à la néphrite granuleuse. C'est pour résoudre cette question que l'auteur a rassemblé et comparé tous les faits de néphrite albumineuse renfermés dans l'ouvrage de M. Rayer et le mémoire du Dr Gregory (*Edinb. journ.*, 1831, p. 315), ainsi que les résultats des autopsies qui ont été faites à l'Infirmerie royale d'Édimbourg, pendant les années 1842 et 1843, à une époque où l'auteur était chargé lui-même de toutes les autopsies.

La première question que l'auteur s'est proposé d'examiner est la suivante : Quelle est la fréquence de l'affection tuberculeuse des poumons par rapport à la néphrite albumineuse? Pour y répondre, il a ajouté les uns aux autres tous les faits dont nous avons déjà indiqué l'origine; et, sur un total de 117 cas, il a trouvé 26 cas de tuberculisation étendue des poumons, et 10 cas dans lesquels il n'y avait encore qu'un petit nombre de tubercules; ce qui établit la proportion de 36 à 117 ou de près d'un tiers (30,7 pour cent).

Dans un second article, l'auteur a recherché quelle est la fréquence relative et l'importance des diverses complications viscérales dans cette maladie? Cet examen l'a conduit à rapprocher les altérations qui existent dans le poumon, et en particulier les tubercules pulmonaires avec les maladies du foie et du cœur. En voici le résultat :

Altérations du cœur,	sur 102 cas,	37 ou 36,4	pour cent.
— du foie,	— 99 —	36 ou 37,6	—
— des poumons,	— 117 —	84 ou 71,8	—
Tubercules,	—	36 ou 30,7	—

d'où il suit que dans la néphrite albumineuse les altérations du cœur et du foie se montrent à peu près aussi souvent ou dans un tiers des cas, tandis que les affections du poumon existent dans les deux tiers des cas et que l'affection tuberculeuse compte pour près de la moitié de cette somme. Autrement dit, cette dernière affection est presque aussi fréquente que les maladies du cœur ou du foie.

Une troisième question plus intéressante était celle de savoir quelle peut être la relation de priorité entre la néphrite albumineuse et l'affection tuberculeuse des poumons. On pouvait supposer au premier abord que l'affection tuberculeuse des poumons est secondaire à l'altération des reins et résulte du trouble profond de la constitution qui suit toutes les maladies chroniques. Cette opinion n'est nullement confirmée par l'expérience. Ainsi Christison dit n'avoir jamais vu d'affection tuberculeuse succéder à la maladie des reins; et M. Rayer, tout en admettant cette éventualité, pense qu'elle se montre fort rarement. L'auteur n'a trouvé de son côté, sur 13 ou 14 cas dans lesquels ces deux maladies étaient assez avancées, qu'un seul cas, ou deux au plus, dans lesquels on pût regarder l'affection des reins comme primitive et prédominante. Dans deux autres, la maladie tuberculeuse était moins avancée que la néphrite, ce qui aurait pu faire croire à un développement secondaire, si on n'eût trouvé dans d'autres organes des altérations anciennes et de même nature. Dans un cinquième, comme les deux maladies présentaient un développement à peu près semblable, on pouvait conserver quelques doutes. Quant aux huit autres, les poumons étaient certainement affectés d'une manière primitive et avant tout autre organe. Pour prouver d'ailleurs que la diathèse strumeuse prédispose évidemment au développement de la néphrite granuleuse, il suffira de signaler quelques-unes des complications de cette dernière maladie. Aussi l'auteur a trouvé chez un de ces sujets un ulcère strumeux (*quid?*); chez un autre une péritonite chronique tuberculeuse; chez un troisième, des collections purulentes et tuberculeuses disséminées dans le péritoine et dans la plèvre; chez un quatrième, une carie des côtes et du sternum qui avait donné lieu à des abcès fort étendus; enfin, chez plusieurs, une forme particulière de pneumonie (*pneumonie granulée*) qui paraît propre aux tuberculeux. Mais la diathèse scrofuleuse est en quelque sorte l'apanage de l'enfance et de l'adolescence; il s'ensuit que la néphrite granuleuse doit être fréquente à cette époque de la vie, c'est ce qui est confirmé par le relevé suivant : sur 116 individus affectés de cette maladie, 22 avaient vingt-cinq ans et au-dessous (sur ce nombre, 10, ou près de la moitié, étaient tuberculeux à un plus ou moins haut degré); quant aux 94 autres, qui avaient plus que cet âge, 25 seulement, ou un peu plus d'un quart, étaient également tuberculeux.

Enfin il restait à déterminer quelle est la fréquence de la néphrite granuleuse survenant d'une manière secondaire pendant le

cours de la phthisie pulmonaire, et son influence sur la marche de la maladie du poumon. Suivant l'auteur, cette complication tient le milieu pour la fréquence, dans la phthisie, entre l'infiltration tuberculeuse des follicules intestinaux ou de la muqueuse du larynx et de la trachée, et les dépôts de matière tuberculeuse dans les viscères, dépôts qui sont extrêmement rares, au moins dans l'âge adulte; il l'estime à *un sixième* des cas. Quant à la marche que l'affection du rein imprime à la maladie du poumon, elle est éminemment désastreuse. Dans tous les cas où la néphrite granuleuse s'est montrée comme complication de la phthisie, les tubercules étaient ramollis et avaient donné naissance à des cavernes, d'où il suit que la maladie des reins ajoute à la gravité de l'affection du poumon et hâte ses progrès. (*Lond. and. Edinb. monthly journal,* août 1845.)

Fistule lacrymale (*Nouvelle méthode de traitement de la*); par le Dr G. Capelletti. — Il y a peu de temps encore que le traitement de la fistule lacrymale était soumis à un véritable empirisme. La plupart des chirurgiens, ne tenant aucun compte des conditions étiologiques de la maladie, traitaient toutes les tumeurs lacrymales comme si elles dépendaient d'une cause mécanique, et ne croyaient pouvoir les guérir que par une opération chirurgicale. On sait les prétendus succès que la méthode de la canule a eu entre les mains de Dupuytren, succès dont les travaux de MM. Velpeau, Carron du Villards, Vidal (de Cassis), Nicod, etc., ont fait depuis longtemps justice. L'auteur du mémoire dont nous rendons compte était possédé, comme tous les jeunes chirurgiens, au commencement de sa pratique, du désir d'opérer; il eut également recours à la méthode de Dupuytren. Sur 37 malades chez lesquels il pratiqua cette opération, la plupart eurent une récidive quelques mois ou une année après l'opération; chez 2 d'entre eux la canule remonta derrière le tendon de l'orbiculaire, après la cicatrisation de la plaie, et force fut de l'extraire; chez 2 autres, le sac lacrymal fut pris d'une inflammation aiguë : il se forma un abcès, au centre duquel se trouvait la canule; chez 3 autres, cette canule s'échappa spontanément par la narine; enfin, chez une jeune dame, opérée depuis deux ans, la canule avait perforé la voûte palatine et faisait saillie dans la cavité buccale. L'auteur ajoute que, chez plusieurs de ses malades chez lesquels la maladie récidiva, et qu'il guérit plus tard par la dilatation graduée, il ne trouva

aucune trace de canule, alors que le malade ne se rappelait ni l'avoir perdue par la narine ni l'avoir avalée. Éclairé par ses insuccès, l'auteur reconnut que la tumeur et la fistule lacrymale sont des symptômes d'une inflammation lente du sac lacrymal, et que le rétrécissement du canal nasal est le plus souvent secondaire, et dépend de la propagation du travail inflammatoire. Ainsi s'expliquait à ses yeux comment les moyens mécaniques et les opérations ne faisaient qu'aggraver ou que pallier la maladie.

La méthode que l'auteur suit aujourd'hui est entièrement fondée sur la nature de la maladie et sur les altérations qu'elle amène dans les points qui en sont le siége. Ainsi, il combat l'inflammation chronique du sac lacrymal par des applications répétées des sangsues au niveau du grand angle de l'œil, par des fomentations et des cataplasmes émollients, de doux purgatifs et des révulsifs à la nuque; enfin, dans quelques circonstances, au moyen d'une compression graduée exercée sur le sac, par l'intermédiaire d'une pyramide de compresses, retenue par un bandage monocle.

Lorsque l'inflammation lente de la membrane muqueuse qui revêt la surface interne du sac et du canal nasal s'accompagne d'une abondante sécrétion puriforme, l'auteur vide deux ou trois fois par jour le sac lacrymal, et fait des injections avec la seringue d'Anel. Le liquide qu'il emploie est tantôt une solution de nitrate d'argent (de 1 à 2 grains par once), d'iodure de potassium, de sulfate de zinc et de borate de soude.

Ces moyens sont insuffisants lorsque la maladie du sac résulte d'un rétrécissement organique primitif du canal nasal; de même que l'on voit les rétrécissements de l'urèthre produire des fistules urinaires, de même le rétrécissement du canal nasal, quand il est primitif, peut déterminer une maladie du sac. Le rétrécissement du canal nasal est toujours le résultat d'une phlogose, qui se propage, par continuité de tissu à ce conduit, en partant soit de la muqueuse nasale, soit de la muqueuse interne du sac. Dans ce dernier cas, le rétrécissement est *secondaire* à l'inflammation du sac, tandis que, dans le premier, il est *primitif* et joue le rôle de cause par rapport à cette inflammation. Ces rétrécissements organiques primitifs sont extrêmement rares; leurs caractères anatomiques varient beaucoup : tantôt c'est un simple engorgement de la muqueuse, qui diminue le diamètre du canal; tantôt l'inflammation se propage au corps papillaire qui s'hypertrophie, et elle envahit le tissu cellulaire sous-jacent, dans lequel elle verse de la lymphe plastique ou de la sérosité. Enfin, la forme la plus rare

est celle dans laquelle des brides transversales cloisonnent et obturent presque entièrement la lumière du canal nasal. Le rétrécissement a tantôt quelques lignes de longueur, et tantôt il occupe toute l'étendue du canal; le plus souvent il a son siége à l'orifice inférieur, au niveau duquel la muqueuse forme un repli, semblable à une valvule. Le rétrécissement du canal, de même que le rétrécissement de l'urèthre, récidive presque toujours, quand on n'a pas prolongé la dilatation pendant un certain temps; aussi l'auteur pense-t-il que, dans cette espèce de rétrécissement, il y a toujours deux indications à remplir : 1° dilater le canal nasal de manière à lui rendre son diamètre naturel; 2° introduire dans ce canal un corps quelconque, qui puisse empêcher les rétrécissements ultérieurs.

La méthode de traitement que l'auteur emploie en pareil cas, et qu'il a été amené à substituer à la dilatation graduée, est le *cathétérisme forcé* du canal nasal. Un jour une femme se présenta à lui avec une fistule du sac lacrymal : il reconnut avec le stylet un rétrécissement organique qui avait presque oblitéré le canal. Il introduisit immédiatement une canule de Dupuytren, et employa beaucoup de force pour la faire pénétrer de la profondeur nécessaire; mais lorsqu'il voulut retirer le mandrin, la canule s'échappa en même temps. Cette femme se refusa à une seconde opération, et promit de revenir quelques jours après. Effectivement, elle revient au bout de huit jours, et, à sa grande surprise, l'auteur trouva la fistule cicatrisée et le sac lacrymal réduit à son volume naturel. Depuis cette époque, la guérison ne s'est pas démentie. Ce fait intéressant fit comprendre à l'auteur tout le parti qu'on pouvait tirer du cathétérisme forcé appliqué au canal nasal, d'autant plus que ce cathétérisme est bien loin de présenter en ce point les mêmes inconvénients et les mêmes dangers que pour le canal de l'urèthre, et que d'ailleurs l'introduction de la canule de Dupuytren n'est autre chose qu'un cathétérisme forcé.

Pour exécuter cette opération, l'auteur se sert d'un instrument en argent qu'il appelle *seringue lacrymale*, et qui est modelée, comme la canule de Dupuytren, sur le canal nasal. Cette seringue s'unit, à angle presque droit, à un manche légèrement recourbé; elle a 8 ou 10 lignes de longueur, et la grosseur de la plus grosse canule de Dupuytren; elle est légèrement conique. Près du bec de cette seringue, on aperçoit deux yeux, et en haut, au voisinage du manche, une ouverture qui communique avec l'intérieur de

l'instrument. Du reste, l'auteur en a de plusieurs dimensions, suivant le degré de rétrécissement et l'âge du malade.

L'opération se pratique de la manière suivante : Après avoir plongé un bistouri droit, à la lame étroite, dans le sac lacrymal, ainsi que cela se pratique ordinairement dans l'opération de la fistule lacrymale, l'auteur glisse le bec de la seringue sur la face antérieure de la lame; et lorsque l'instrument est parvenu dans le canal nasal, il retire le bistouri et enfonce la seringue en employant une force proportionnelle à la résistance. Pour s'assurer que l'instrument est parvenu dans les fosses nasales et a franchi l'orifice inférieur du canal, il injecte un peu d'eau par l'ouverture supérieure de l'instrument, et cette eau s'écoule immédiatement par la narine correspondante. L'instrument est ensuite retiré, et l'on introduit dans la même direction le clou conducteur de Scarpa. Quand le rétrécissement est très-considérable, l'auteur préfère commencer par la plus petite seringue, et introduire peu à peu une plus grosse que d'employer une trop grande violence; il préfère de beaucoup le petit clou de plomb de Scarpa au clou d'argent et d'or proposés par Ware, Demours, etc. En général, il fait porter le clou à ses opérés de six à dix mois, et il pense que l'on ne peut en suspendre l'emploi sans danger de récidive que lorsque la sécrétion puriforme du sac est tarie, ainsi que le larmoiement par la fistule, que lorsque le sac n'est plus ni rouge ni gonflé, que le petit clou n'est pas embrassé étroitement par le canal nasal, et peut être déplacé et replacé sans douleur; enfin, quand il existe vers l'angle interne de l'œil une légère dépression. (*Giornale dei progressi*, mai 1844.)

Tumeur pulsatile de l'os iliaque (*Obs. de ligature de l'artère iliaque primitive dans un cas de* —; *mort*); par le Dr Ed. Stanley.— Un homme de 42 ans souffrait, depuis environ quatre ans, de douleurs dans la hanche gauche et dans le fond du bassin : ces douleurs avaient été prises pour des rhumatismes. Cet homme entra à l'hôpital Saint-Barthélemy le 18 janvier 1845 : son teint était pâle, son pouls variait de 96 à 100, et les battements artériels donnaient la sensation d'une vibration puissante (*pouls bondissant*), en même temps qu'on percevait un murmure dans les grosses artères; le ventricule gauche du cœur donnait lieu à de violents battements, sans aucune trace de bruit. A la percussion, on trouvait de la matité à la partie antérieure et supérieure du côté droit de la poitrine; il y avait une tumeur grosse comme une petite

orange, de forme oblongue, et lâchement unie aux parties voisines, qui occupait la partie interne et supérieure du bras droit. Sa surface enterne était lisse; elle était indolente, et n'était agitée d'aucune pulsation. Cette tumeur paraissait s'être montrée dix ans auparavant; depuis trois ans, elle ne faisait aucun progrès. Du côté gauche du bassin, en rapport avec l'os iliaque, et dans la moitié de son étendue, se trouvait une tumeur pulsative, qui paraissait naître à la fois de la surface externe et de la surface interne, mais plus particulièrement de cette dernière, et qui remontait jusques et au delà la crête iliaque. En avant, la tumeur s'étendait jusqu'au ligament de Fallope, dans sa moitié externe, et, en dedans, elle arrivait jusque près de la ligne médiane. Partout où on pouvait la toucher, cette tumeur paraissait assez ferme; lorsqu'on la comprimait, elle ne fuyait pas sous les doigts. La portion de la crête iliaque qui bordait la tumeur supérieurement était irrégulière et épaissie; un peu au-dessous de la crête, et près de l'épine antérieure et supérieure, on sentait une petite pièce osseuse mobile, qui devait être comprise dans la tumeur. Sur tout son trajet, on apercevait des battements profonds, mais sans frémissement vibratoire : ces battements étaient beaucoup moins sensibles dans la portion de la tumeur qui se détachait de la face externe de l'os iliaque. L'application du stéthoscope faisait également percevoir un bruit de soufflet; cependant on pouvait suivre l'artère iliaque externe le long de la partie interne de la tumeur, dans une certaine étendue. Quand on comprimait l'aorte dans la partie inférieure, on suspendait immédiatement les battements dans la tumeur; en revanche, la compression de l'artère fémorale au-dessous de la tumeur déterminait une augmentation de volume et de tension. A la partie inférieure et externe de la même tumeur, il y avait une petite artère dont les battements étaient bondissants comme ceux du reste du système artériel; la peau qui recouvrait la tumeur à sa partie externe était un peu violacée, et le malade reconnaissait que la tumeur faisait lentement, mais continuellement, des progrès. Cette tumeur était-elle un anévrysme? dans ce cas, quelle était l'artère malade? ou bien était-ce une de ces tumeurs pulsatiles des os, qui ne sont par très-rares? Il y avait bien quelques-uns des signes de l'anévrysme; mais, d'autre part, l'altération profonde de l'os iliaque, et la direction que la tumeur affectait vers les parties extérieures, faisaient naître quelques doutes. Malgré cela, et comme c'était la seule chose à faire, on se décida à traiter cette tumeur comme un ané-

vrysme, d'autant plus que le malade accepta avec reconnaissance la proposition de l'opération. Ce fut l'artère iliaque primitive dont on pratiqua la ligature. Cette opération ne présenta rien de particulier, si ce n'est que lorsqu'elle fut terminée et les battements de la tumeur complétement arrêtés, l'auteur s'aperçut, en introduisant le doigt dans l'abdomen, et en touchant la partie supérieure de la tumeur, qu'il y avait une artère du volume d'une plume de corbeau qui battait fortement. Il fut d'abord tenté de s'émerveiller de la puissance de la nature pour rétablir la circulation, et il ne s'attendait pas, comme il le dit lui-même, à trouver, après la ligature de l'artère iliaque primitive, le sang parcourant l'artère circonflexe iliaque avec la même force et la même liberté qu'avant l'opération. Il ne survint d'abord aucun accident; mais, vers la fin du second jour, tous les signes d'une péritonite commencèrent à se montrer, et le malade mourut le lendemain. Quant au membre inférieur, la ligature ne paraissait avoir eu aucune influence notable. Tout au plus le malade avait-il ressenti un peu de froid et d'engourdissement dans le pied, et une légère diminution de la sensibilité de la jambe. *A l'autopsie*, on trouva les traces de la péritonite, particulièrement vers les parties profondes et vers le côté gauche de l'abdomen. Dans tous ces points, il y avait beaucoup d'injection et quelques fausses membranes; un peu de suppuration dans le tissu cellulaire des régions iliaque et lombaire gauches. L'artère iliaque primitive de ce côté n'avait que 1 pouce $\frac{1}{2}$ de long, et la ligature avait été placée sur cette artère à 1 pouce au-dessous de la bifurcation de l'aorte; entre la ligature et cette dernière artère se trouvait un caillot de sang conique et libre à son extrémité. Dans l'épaisseur du ventricule gauche du cœur, près de la pointe, il y avait une tumeur cancéreuse de la grosseur d'une aveline. Les bords libres des valvules mitrale et aortiques étaient notablement épaissis; l'aorte parsemée de concrétions athéromateuses; les glandes bronchiques étaient infiltrées de matière encéphaloïde; il y en avait de petites masses dans les poumons. La tumeur du bras, qui paraissait comme perdue dans le tissu cellulaire, à la surface de laquelle se dessinaient de nombreuses veines tortueuses, était aussi formée de tissu encéphaloïde. Enfin, la tumeur du bassin, qui s'était bornée à refouler l'artère iliaque externe, et qui n'avait aucun rapport avec l'artère iliaque interne, était tapissée en dedans par le muscle iliaque et en dehors par le moyen fessier. Le périoste était considérablement épaissi, excepté dans la partie la plus saillante de la tumeur, qui

était elle-même composée de tissu spongieux, avec des cellules et des vaisseaux très-nombreux disséminés dans la tumeur. Les deux tiers antérieurs de l'os iliaque ne présentaient que de petits trous à leur surface ; tandis que, dans l'autre tiers, il était réduit en petits fragments ; ce qui établissait la communication entre les deux côtés de la tumeur. (*London med.-chir. transact.*, t. XXVIII ; 1845.)

Nous engageons nos lecteurs à rapprocher cette observation intéressante d'une observation analogue que nous avons publiée dans ces derniers temps. (*Arch. gén. de méd.*, 4e série.)

Anévrysme de l'artère fessière (*Ligature de l'artère iliaque interne après l'opération par l'ancienne méthode ; mort*) ; obs. par le Dr Zenobi Toracchi. — Un ancien militaire, âgé de 36 ans, avait reçu en 1836, dans la région fessière, une blessure qui avait été suivie d'une abondante hémorrhagie, fort difficile à arrêter. Depuis cette époque, il s'était formé dans cette région une tumeur, qui avait toujours été en augmentant, et de plus en plus douloureuse. Le repos, la diète, les applications de glace, la compression, les saignées générales et locales, l'administration de la digitale à l'intérieur, n'avaient eu aucun succès. Lorsqu'il entra à l'hôpital, le 18 avril 1844, c'était bien moins pour se faire traiter de sa tumeur que pour des douleurs de sciatique qui le faisaient beaucoup souffrir ; à cette époque, la région fessière était le siége d'une tumeur relevée, lisse, sans altération de couleur de la peau, qui s'étendait du grand trochanter au bord droit de l'ischion, et de la tubérosité ischiatique, jusqu'à la ligne demi-circulaire supérieure de la fosse iliaque externe. Cette tumeur était agitée par des battements très-sensibles, et l'oreille percevait un frémissement obscur et profond ; on apercevait une cicatrice à la partie supérieure de la symphyse sacro-iliaque correspondante. L'auteur reconnut aisément qu'il s'agissait d'un anévrysme de l'artère ischiatique ou de l'artère fessière. Le malade réclamait impérieusement qu'on lui fît une opération. Deux moyens se présentaient : ou bien lier l'artère iliaque interne, ou bien ouvrir la tumeur anévrysmale et aller à la recherche du bout inférieur et du bout supérieur du vaisseau lésé. Après une consultation entre les médecins de l'hôpital, on adopta la seconde méthode. L'opération fut pratiquée de la manière suivante : une incision longitudinale de 5 pouces et demi fut faite sur la tumeur, de manière à diviser les téguments communs et le tissu cellulaire sous-jacent. Les battements paraissaient

faibles et obscurs, ce qui confirma l'auteur dans son opinion que la tumeur était pleine de caillots d'ancienne formation. Il ouvrit hardiment le sac; mais à peine eut-il plongé le bistouri qu'une colonne de sang artériel de la grosseur du bras s'échappa de l'intérieur du sac, qui ne contenait aucun caillot. Ce sac formait une vaste cavité, qui se prolongeait dans le bassin. Cette circonstance rendait tout à fait impossible la ligature: aussi l'auteur remplit-il le sac de charpie, et fit-il exercer une forte compression sur la tumeur. Trois heures après l'hémorrhagie se montra de nouveau, et force fut de pratiquer la ligature de l'artère iliaque interne, au moyen d'une incision semi-lunaire de 5 pouces de long, qui s'étendait des fausses côtes jusque près de l'arcade crurale. L'auteur divisa les muscles, détacha le péritoine, les muscles psoas et iliaque, et lia l'artère iliaque interne. L'hémorrhagie cessa à l'instant même. Mais les symptômes d'affaiblissement firent des progrès continuels; les extrémités se refroidirent; il survint du délire, des vomissements, et la mort eut lieu douze heures après cette dernière opération. A l'autopsie, on trouva que le sac anévrysmal se prolongeait dans le bassin par l'échancrure sacro-sciatique. L'artère iliaque interne ne se divisait pas, comme à l'ordinaire, en branche antérieure et en branche postérieure; mais elle formait un tronc unique, qui se portait directement jusqu'à l'échancrure sciatique, en diminuant graduellement de volume, à mesure qu'elle envoyait des artères dans les parties voisines. Ce vaisseau avait été lié à 2 lignes au-dessus du point d'où se détachent les branches hémorrhoïdales et vésicales, et 4 lignes au-dessus de la division de l'artère en artère ischiatique et fessière; de sorte que si l'opération eût réussi, la ligature eût empêché l'entrée du sang dans la tumeur anévrysmale, mais n'eût mis aucun obstacle à la nutrition des parties qui reçoivent le sang des branches fournies par l'artère avant sa bifurcation. (*Gazetta med. Toscana*, août 1844.)

En insérant cette observation, nous nous garderons bien de la donner comme un modèle à suivre en pareil cas: combien sont futiles, en effet, les motifs sur lesquels le Dr Toracchi s'est fondé pour recourir à la méthode ancienne? Qu'importe que la tumeur fût consécutive à une blessure, et par conséquent sans rapport avec une dyscrasie générale? N'était-il pas probable (et l'événement l'a prouvé) qu'il pourrait survenir une hémorrhagie dont on ne pourrait se rendre maître? Enfin la ligature de l'artère iliaque interne est-elle donc une opération si difficile et si

dangereuse? L'auteur pensait trouver la tumeur remplie de caillots sanguins; mais, comme on l'a vu, elle était pleine de sang liquide. Mais alors qu'elle eût été pleine de caillots, eût-il été plus facile de trouver le bout supérieur et le bout inférieur de l'artère, et d'y porter une ligature? Tous ces motifs nous portent à croire que, dans tous les anévrysmes un peu étendus de l'artère fessière, il n'y a qu'une seule opération rationnelle, c'est la ligature de l'artère iliaque interne.

Toxicologie.

Empoisonnement par la cigue; obs. par le Dr Johnson-Hughes Bennett. — Un tailleur, âgé de 43 ans, réduit à la dernière misère, mangea une certaine quantité de ciguë fraîche qu'il avait prise pour du cerfeuil, et sortit immédiatement après pour aller chercher de quoi manger à ses enfants. Il fit environ un demi-mille pour se rendre à la Canongate, et en entrant dans une maison, on crut d'abord qu'il était ivre, car il tremblait sur ses jambes ; il fit un faux pas et s'assit immédiatement. Sa face était pâle et décomposée, mais il n'accusait aucune douleur. Il se leva avec peine de sa chaise, descendit l'escalier, et les personnes qui le virent dans la rue le prirent pour un ivrogne à cause des oscillations continuelles de sa marche. A la fin il tomba ; et quand on le releva, ses jambes traînaient après lui ; lorsqu'on soulevait ses membres supérieurs, ils retombaient comme des masses inertes et restaient immobiles. Une heure et demie après l'ingestion du poison, la paralysie des extrémités inférieures était complète; une demi-heure plus tard, les bras étaient également paralysés. La sensibilité n'était pas complétement perdue, puisque le malade cherchait à retirer ses membres quand on le pinçait, mais sans pouvoir y réussir. La déglutition était impossible, et tous les efforts que l'on fit pour déterminer des vomissements furent sans succès. Il ne survint pas de convulsions, mais seulement quelques faibles mouvements dans la jambe droite. Trois heures après l'ingestion du poison, les mouvements respiratoires avaient complétement cessé, mais les battements du cœur continuèrent encore pendant dix minutes. L'intelligence s'était conservée jusqu'au dernier moment. La paralysie était complète, que ce malheureux donnait encore des renseignements exacts sur sa demeure et sur les accidents qu'il avait éprouvés. Au bout de deux heures, bien

qu'il ne pût avaler, il donna son adresse, et un quart d'heure après, quoiqu'il eût perdu la parole, il tourna la tête du côté du médecin qui avait été appelé auprès de lui.

Autopsie. — Au moment où on détacha la voûte du crâne et où on ouvrit le sinus longitudinal, il s'écoula une grande quantité de sang fluide ; il y avait un peu de liquide séreux dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien, et environ 2 drachmes de sérosité transparente. La substance cérébrale était molle et piquetée ; les poumons étaient gorgés dans toute leur étendue d'un sang liquide et noirâtre. Le cœur était sain, mais flasque et mou ; le sang qui était contenu dans ses cavités était presque entièrement liquide, et ne contenait que quelques caillots granuleux. Le foie était sain ; la rate molle et friable ; les reins sains, mais colorés en brun foncé. L'estomac contenait une masse pultacée d'un aspect verdâtre, du poids de 11 onces, d'une odeur acide et légèrement spiritueuse. La membrane muqueuse était fortement congestionnée, surtout à son extrémité cardiaque ; çà et là il y avait de petits épanchements de sang au-dessous de l'épithélium ; dans l'étendue de la largeur de la main. Les intestins étaient sains, quoique un peu congestionnés. En l'absence de tout renseignement (car les renseignements n'arrivèrent que plus tard), l'auteur fut conduit à soupçonner, par le défaut de lésion de structure et par la fluidité générale du sang, que la substance trouvée dans l'estomac était un poison. En l'examinant avec attention, il finit par y trouver des feuilles et des tiges qui avaient échappé à l'action des dents et de l'estomac, que le Dr Christison reconnut aussitôt comme des fragments de la ciguë commune, ou *conium maculatum*. En broyant quelques-uns de ces débris dans un mortier, avec une dissolution de potasse, on développa aussitôt une odeur de ciguë des plus tranchées. Enfin, en comparant ces feuilles avec des feuilles de ciguë fraîche, on reconnut une identité parfaite. (*Edinburgh med. and. surg. journal*, juillet 1845.)

L'observation précédente offre un intérêt de plus d'un genre. D'abord elle est un nouveau fait d'un empoisonnement fort rare, et jusqu'ici on ne possédait aucune observation détaillée de ce genre d'intoxication ; ensuite elle montre que les accidents qui résultent de l'ingestion de la ciguë ne consistent, ainsi qu'on l'a dit, ni en de la stupeur et du coma, ni en des convulsions ou du délire. Au contraire, on voit que ces accidents ressemblent à ceux que le Dr Christison a vus survenir dans ses expériences sur les animaux. La ciguë agit donc sur la moelle épinière ; seulement les

symptômes qu'elle détermine diffèrent beaucoup de ceux produits par la strichnine, et le symptôme caractéristique de cet épanchement est une paralysie remontant de bas en haut, sans douleur et sans trouble dans l'intelligence. — On sait que les botanistes ne sont pas d'accord sur l'identité de notre ciguë commune avec la ciguë des Grecs. Le fait précédent semble juger la question; car on a observé chez ce malheureux les mêmes accidents qui ont été signalés, par Nicandre et par Platon, chez l'illustre Socrate.

Empoisonnement par la belladone; obs. par le Dr H.-M. Gray, de New-York. — Obs. I. — Un enfant de 3 ans avala par mégarde de 8 à 12 grains d'extrait de belladone. Une demi-heure après il était dans l'état suivant : la face exprimait la terreur, les pupilles étaient largement dilatées et immobiles, la conjonctive fortement injectée; l'œil tout entier proéminent et très-brillant; la face, les extrémités supérieures et le tronc couverts d'une éruption scarlatineuse diffuse : l'éruption se terminait brusquement au niveau des poignets et du pli de l'aine; le reste du corps conservait sa couleur normale. La peau était chaude et sèche; le pouls fort et fréquent; la respiration anxieuse et sifflante; la déglutition difficile, et s'accomplissant avec de violents mouvements spasmodiques de la gorge et du pharynx; le système veineux gorgé de sang. A cet état de coma succédaient un besoin continuel de se mouvoir, et des mouvements rapides et automatiques, accompagnés de rires convulsifs; pas de convulsions proprement dites, si l'on en excepte quelques soubresauts dans les muscles de la face et des extrémités. Un vomitif administré immédiatement, des applications glacées sur la tête, des bains de pieds sinapisés, l'administration d'une forte infusion de café et de quelques gouttes d'ammoniaque étendu d'eau, firent justice de tous ces accidents au bout de trois heures : il ne resta à l'enfant qu'un peu de diarrhée et de la dilatation de la pupille. Quant à l'éruption, elle disparut entièrement.

Obs. II. — Cette observation est remarquable, parce que l'auteur en a été lui-même l'objet, et qu'il a pu se rendre compte des accidents qu'il a éprouvés, d'une manière plus satisfaisante que ne le font les malades en général. Il avait avalé quelques grains de belladone pour calmer un violent mal aux dents; mais n'éprouvant aucun soulagement au bout de dix ou quinze minutes, il en prit une nouvelle dose, en tout 8 ou 10 grains. Une heure après,

il éprouva les premières atteintes de l'intoxication : d'abord des vertiges, qui lui rendirent la marche impossible, des étourdissements, et un trouble de la vue qui lui faisait paraître tous les objets couverts d'un voile; quelquefois il voyait double, et tout lui semblait tourner autour de lui. Par un effort de volonté, il pouvait pour un instant suspendre ces premiers accidents ; mais ils ne tardaient pas à reparaître avec une grande intensité; en même temps les pupilles étaient immobiles et dilatées, les yeux proéminents, secs et extrêmement brillants; les larmes n'étaient sécrétées qu'en très-petite quantité, ce qui explique le sentiment de sécheresse et la difficulté dans le mouvement des yeux. La face était rouge et gonflée; le pouls plein, de 120 à 130; sentiment de plénitude, de tension, de battements dans la tête, comme si on eût placé à la base du cou une ligature qui eût empêché le cours du sang veineux; sécheresse extrême de la gorge, de la bouche, de la langue, qui n'était nullement diminuée par les boissons; besoin incessant de déglutition, qui était fort difficile et ramenait à chaque fois de la suffocation et des spasmes de la glotte et du pharynx; crachement de salive blanchâtre et très-compacte; besoin incessant de mouvement; intelligence parfaitement nette, quoique exaltée; les idées les plus bizarres, les images les plus fantastiques passaient incessamment dans son esprit. L'auteur ignore si ses pauses et ses gestes avait quelque chose d'extravagant; car il n'avait personne autour de lui; malgré son état de malaise, son esprit éprouvait une gaieté charmante. (Applications froides sur la tête, et administration d'émétique.) Les vomissements furent suivis d'un pressant besoin de dormir, dont l'auteur se débarrassa à l'aide d'une forte infusion de café. (*New-York Journal of medicine*, sept. 1845.)

Empoisonnement par la strychnine; obs. par le Dr John Watson. — Une petite fille de 13 ans, qui se trouvait à l'infirmerie royale de Glasgow, pour y être traitée d'un eczéma du cuir chevelu, et qui était à peu près rétablie, avala, à cinq heures et demie du soir, trois pilules de strychnine, qui étaient destinées à une malade paralytique qui était dans la même salle. Chaque pilule contenait $1/4$ de grain de strychnine. Vingt minutes après, elle se plaignit d'une sensation étrange dans la tête, et presque immédiatement elle fut prise de convulsions : les bras étaient étendus et roides, tous les muscles du corps contractés, et le corps courbé en arc en arrière; les pupilles n'étaient ni dilatées

ni contractées. Il fut difficile de s'assurer de l'état du pouls, à cause de la saillie des muscles; mais l'impulsion du cœur était très-forte. La face était fortement gonflée, les lèvres livides, la respiration rapide et difficile; le diaphragme spasmodiquement contracté. Les convulsions générales se succédaient à de courts intervalles; cependant l'intelligence était intacte, et la petite malade demandait à grands cris qu'on la soulageât. Une saignée, des lotions froides sur la tête, des sinapismes aux extrémités, ne produisirent aucun résultat. On lui donna ensuite 1 scrupule de sulfate de zinc dans le but de déterminer des vomissements, lorsqu'on apprit qu'elle avait avalé de la strychnine. Mais malgré la grande quantité d'eau tiède qu'on lui fit boire, on ne put obtenir de vomissements qu'au bout d'un quart d'heure, quoiqu'on titillât la luette avec la barbe d'une plume, et encore les vomissements furent-ils peu abondants. Pendant l'intervalle, l'opisthotonos et la contraction générale du système musculaire continuaient avec une grande violence. Bientôt la rigidité des muscles disparut tout d'un coup, et les contractions spasmodiques cessèrent; l'impulsion du cœur devint presque insensible, et la respiration presque suspendue; la face pâlit, les lèvres continuant à rester livides; les pupilles étaient alors dilatées, les yeux fixes et tournés en haut. Peu à peu les battements du cœur se ralentirent, la respiration s'embarrassa, et la mort survint une heure après l'administration du poison, et trois quarts d'heure après le développement des premiers accidents. *A l'autopsie*, rigidité médiocre, les doigts livides, à demi fléchis; les organes cérébraux n'offraient rien de particulier, si ce n'est la turgescence des vaisseaux sanguins et du plexus choroïde; poumons gorgés de sang veineux; le ventricule droit du cœur presque vide, ainsi que le ventricule gauche et les oreillettes; l'estomac contenait des aliments digérés à demi; sa membrane muqueuse était pâle, sans autre altération. (*London and Edinb. monthly journal*, décembre 1845.)

Empoisonnement par le bichlorure de mercure; obs. par le Dr W. Bird Herapath. — Une dame de 27 ans, épileptique depuis plusieurs années et atteinte d'aliénation mentale, avala, immédiatement après diner et pendant l'absence des domestiques qui la surveillaient habituellement, une demi-pinte d'une lotion qui renfermait 1 scrupule de bichlorure de mercure, dissous au moyen de 10 gouttes d'acide hydrochlorique. Il était environ une heure et demie ou deux heures de l'après-midi. Cet accident fut

immédiatement reconnu, et la malade ne chercha pas du tout à le cacher. Deux minutes s'étaient à peine écoulées depuis l'ingestion du poison que déjà les vomissements avaient commencé, et ces vomissements furent encore excités par l'administration d'une grande quantité d'eau chaude: au bout d'un quart d'heure, il commença à survenir des garde-robes, et la malade était restée depuis continuellement sur son vase de nuit. Lorsque l'auteur arriva, une heure après l'accident, la malade était froide et sans pouls; la face était livide, anxieuse et couverte d'une sueur froide; de temps en temps il survenait des vomissements. L'eau chaude fut injectée avec la pompe stomacale, et on administra plusieurs blancs d'œufs battus. Transportée dans son lit, cette malade eut encore deux ou trois vomissements; mais dans les matières vomies on ne voyait pas que l'albumine eût exercé une action chimique bien évidente sur le sublimé. Les lèvres et la langue étaient blanchies par le poison; cependant il n'y avait encore aucun symtôme bien alarmant. La peau s'était réchauffée et s'était couverte de moiteur; il n'y avait aucune sensibilité dans l'abdomen. La déglutition était un peu difficile; crachotement fréquent, sans ptyalisme. Le lendemain la malade paraissait dans un état assez satisfaisant; la déglutition était cependant douloureuse; anorexie, insomnie, mais sans douleur. Il y avait eu six garde-robes féculentes et d'une odeur fétide, tenant en suspension quelques lambeaux blanchâtres et quelques caillots de sang. La peau était bonne; le pouls à 130, petit, irritable; l'abdomen parfaitement indolent. Le troisième jour, le mieux parut se soutenir : un peu de céphalalgie; la respiration avait une odeur désagréable; les gencives étaient gonflées et douloureuses, ainsi que la langue; un peu de sensibilité à la région épigastrique. Dans la journée, la salivation augmenta considérablement; la face était gonflée, les glandes sous-maxillaires augmentées de volume; il y avait suppression d'urine; la fièvre persistait. Le quatrième jour, même état. Dans la nuit du quatrième au cinquième jour, son état empira notablement : sous l'influence probable d'un purgatif, les évacuations devinrent très-fréquentes et très-abondantes; ténesme, anxiété générale, salivation moindre; mais le gonflement des gencives, de la bouche, de la langue parut être plus considérable. Au sixième jour, nouvelle amélioration : les évacuations avaient été moins abondantes et moins répétées. Dans la soirée, la fièvre prit une nouvelle intensité; la salivation reparut comme au commencement de la maladie. Peu à peu les forces tombèrent;

il survint un peu d'assoupissement et quelques convulsions. Enfin la respiration s'embarrassa ; la malade succomba graduellement au neuvième jour.

Autopsie. — L'œsophage était sain ; il y avait seulement un peu d'injection à son extrémité inférieure. L'estomac renfermait environ une demi-pinte d'un liquide bilieux verdâtre ; la membrane muqueuse était fortement colorée par la bile ; sa surface était parsemée d'un très-grand nombre de petits vaisseaux, qui donnaient lieu à une injection ponctuée et arborescente. Dans trois ou quatre points, il y avait du sang épanché ; la membrane muqueuse était ramollie dans une grande étendue, sans qu'il y eût cependant aucune trace d'ulcération ; l'intestin grêle présentait une vascularité générale, et vers la fin de l'iléum la membrane muqueuse était notablement enflammée, noircie et presque gangrenée. Le cœcum était évidemment le siége d'une inflammation des plus violentes, car toute sa surface interne était d'un rouge noirâtre ; çà et là il y avait des points ramollis, et la valvule iléo-cœcale était presque détruite. Le colon ascendant et le colon transverse étaient peu enflammés : l'inflammation reparaissait dans l'S iliaque, où l'on trouvait de nombreux points ramollis et de nombreuses ulcérations ; il en était de même dans le rectum. Les poumons étaient congestionnés, et çà et là on apercevait des points de pneumonie lobulaire. Les tuyaux bronchiques étaient remplis de mucus ; les reins étaient congestionnés, principalement dans leur substance tubuleuse et mamelonnée : il y avait un peu de sérosité épanchée au-dessous de l'arachnoïde cérébrale et dans les ventricules ; la substance cérébrale était gorgée de sang ; la membrane interne des ventricules était rugueuse, comme si elle eût été tapissée par de la lymphe plastique. (*The Lancet*, décembre 1845.)

Deux circonstances principales rendent cette observation remarquable : la première, que les phénomènes d'empoisonnement se soient montrés d'une manière aussi rapide (2 minutes) ; et la seconde, que les altérations pathologiques se soient concentrées sur l'intestin grêle et le gros intestin, tandis qu'ordinairement c'est l'estomac qui présente les altérations les plus profondes. L'auteur de cette observation pense que l'on peut expliquer cette particularité par cette circonstance, que le sublimé a été pris en solution et non pas en suspension dans un liquide, ainsi qu'on le voit ordinairement dans les cas d'empoisonnement. Mais n'y a-t-il pas aussi possibilité de se l'expliquer d'une manière plus satisfaisante

encore, en admettant que les substances alimentaires qui avaient été ingérées dans l'estomac quelques minutes auparavant avaient protégé cet organe contre l'action immédiate du poison? D'un autre côté, la grande quantité d'eau tiède que l'on a administrée n'a-t-elle pas pu faciliter notablement le passage du poison dans l'intestin grêle et dans le gros intestin?

Médecine légale et obstétrique.

Grossesses fausses et simulées (*Observations et recherches nouvelles pour servir à l'histoire médico-légale des*); par le Dr Ambroise Tardieu. — Les questions relatives à la constatation de la grossesse, si importantes et si délicates déjà pour la simple pratique, acquièrent en médecine légale une gravité et un intérêt particuliers. Tous les auteurs spéciaux ont insisté sur ce point. Fodéré surtout signale la fréquence et la gravité des questions relatives à la grossesse et les méprises dont elles peuvent être l'objet, et M. Duvergier fait remarquer, au sujet des grossesses simulées, que « les dispositions de l'article 27 du Code pénal, et des articles 145 et 752 du Code civil, sont tellement importantes, que l'on ne saurait apporter trop de soin à résoudre cette question. » Mais si l'on examine la doctrine, on voit que les médecins légistes se sont contentés d'emprunter aux accoucheurs leurs divisions et leurs théories scholastiques. Ils n'ont guère ajouté que quelques préceptes généraux, sans chercher à réunir et à grouper les observations qui peuvent seules, par leur nombre et leur variété, fournir, dans chaque circonstance particulière, les éléments d'une bonne solution. Il serait donc très-important de faire connaître les cas qui sont de nature à jeter quelque jour sur un sujet si obscur; et à ce titre, il nous a paru qu'un intérêt particulier s'attachait au fait très-remarquable que nous reproduisons aujourd'hui. L'auteur y a joint quelques recherches nouvelles, touchant la question des grossesses apparentes et simulées.

Observation. — *Grossesse prétendue datant de trois ans et demi; efforts d'accouchement revenant tous les neuf mois.* — Catherine Artaud, âgée aujourd'hui de 44 ans, d'une constitution peu robuste, d'un tempérament lymphatique bien dessiné, n'ayant d'autre état que de travailler en journée, est arrivée à l'âge de 40 ans sans avoir été sérieusement malade, et n'a éprouvé aucun

trouble du côté du système nerveux et de la menstruation. Mariée à un marin souvent éloigné d'elle, elle a traîné une existence assez misérable à Rochefort, où elle est née, et qu'elle a toujours habité. Elle ne semble pas cependant avoir été soumise à aucune influence morale particulière. Catherine n'a eu qu'un enfant, il y a environ six ans; sa grossesse et ses couches ont été régulières; la menstruation n'avait pas eu lieu pendant la gestation. Il y a trois ans et demi environ, ses règles se supprimèrent sans que la santé en souffrît; les seins se développèrent, et en même temps le ventre commença à grossir. Quatre mois et demi après la cessation des règles, elle dit avoir senti remuer et n'avoir pas eu de doutes sur l'existence d'une nouvelle grossesse. Cependant la menstruation reparut vers le cinquième mois, et ne cessa pas d'être régulière jusqu'à l'époque actuelle. Au bout de neuf mois, au rapport de Catherine, le travail commença; il fut extrêmement pénible et dura deux jours et deux nuits. Elle dit avoir senti le produit descendre, les eaux s'écouler et des débris de poche sortir; mais tout se bornait là. Les douleurs cessèrent; mais le ventre et les seins conservèrent leur volume. — Depuis cette époque le ventre n'a pas cessé d'être le siége de mouvements analogues à ceux qui avaient lieu pendant la prétendue grossesse. Ces mouvements sont d'autant plus violents que Catherine est restée plus longtemps sans prendre de nourriture; ils s'accompagnent alors de douleurs très-fortes dans les reins. Dans cet état, Catherine ne peut plus travailler, elle ne marche qu'avec peine, et a été forcée de passer quelque temps à l'hôpital de Rochefort. Les approches de son mari, répétées comme d'ordinaire, lui causaient une assez vive douleur. Jamais il n'est sorti de gaz par les parties génitales. Ce n'est pas tout : lorsqu'arrive le terme fatal de neuf mois, un nouveau travail recommence tout aussi pénible, mais tout aussi infructueux que le premier. Cette époque doit arriver pour la cinquième fois au mois d'octobre prochain. Catherine, lasse de ne trouver dans son pays aucun soulagement, est venue à Paris et est entrée à l'hôpital de la Charité vers la fin de mai 1845, d'abord dans les salles de M. Rayer, puis momentanément dans celles du professeur Bouillaud. C'est là qu'elle a pu être observée.

L'aspect extérieur de cette femme est assez remarquable : sa taille, très-petite, offre une disproportion frappante entre les extrémités inférieures, qui sont extrêmement courtes, et le buste, qui est assez développé; la tête est aussi très-forte; l'embonpoint est assez considérable; la peau, et surtout celle de la face, est bla-

farde, quoiqu'un peu colorée par le hâle. Les cheveux sont d'un blond jaunâtre, courts et rudes. L'expression de la physionomie est presque hébétée, et cependant les yeux respirent parfois une certaine astuce. La parole est libre, les réponses assez nettes, la mémoire très-présente en ce qui concerne les détails que nous venons de rapporter. Les seins présentent un certain développement; ils ne contiennent pas et n'ont jamais contenu de lait. Quant à l'abdomen, il a le volume de celui d'une femme au septième ou au huitième mois de la grossesse; il est d'ailleurs plus globuleux, mais cependant assez uniformément distendu; la dépression ombilicale n'est pas effacée. La palpation constate une dureté, une résistance générale et presque partout égale. En déprimant les parois, on ne trouve, du reste, aucune tumeur dans le ventre. La percussion, soit superficielle, soit profonde, donne partout un son clair, presque tympanique, si ce n'est peut-être tout à fait dans le flanc droit où le son est par moments obscur; il n'y a cependant pas de matité, pas plus que dans la région sus-pubienne. L'auscultation permet de constater avec certitude l'absence de tout bruit de souffle dans le système vasculaire abdominal. Lorsqu'on applique la main sur le ventre, ou même par la simple inspection, on découvre qu'il est le siége de mouvements très-énergiques, très-variés et presque continuels : tantôt c'est une ondulation qui va d'un côté à l'autre, tantôt la masse tout entière se déplace et se porte alternativement à droite et à gauche, en s'allongeant de manière à former une saillie considérable d'un côté pendant que l'autre est aplati. Enfin, par moments, c'est un choc rapide, violent, dirigé de haut en bas ou d'arrière en avant, et qui heurte et soulève les parois du ventre. Pendant que ces mouvements s'exécutent, le bassin et le reste du corps demeurent complétement immobiles; la femme est étendue sur le dos; les mains seules s'appuient quelquefois sous les reins, qui, au dire de Catherine, sont comme déchirés par de vives douleurs. Il est à noter, du reste, que l'observation à laquelle elle est soumise, l'attention dont elle est l'objet, augmentent beaucoup ces accès, qui sont presque nuls lorsqu'elle est tranquille. Quand on la fait descendre de son lit, on voit qu'elle marche péniblement, le corps renversé en arrière, les jambes très-écartées; elle se balance presque continuellement en se soutenant le ventre avec les mains, afin, dit-elle, de bercer son enfant. Du reste, les mouvements ne cessent pas dans la station; ils sont seulement moins violents.

Catherine prétend qu'elle entend souvent l'enfant qu'elle porte

dans son sein soupirer et pousser des gémissements plaintifs dont elle imite le son, et qu'elle dit avoir fait entendre à une de ses voisines. Celle-ci, interrogée sur cette circonstance, déclare qu'elle a entendu de simples borborygmes, et qu'elle s'est bien gardée d'attribuer ce bruit aux plaintes d'un enfant. Mais une des filles de service n'hésite pas à affirmer que c'est le cri d'une grenouille ou d'un crapaud. La nuit, bien que la malade soutienne qu'elle ne dort pas, elle a un sommeil très-calme et se réveille seulement une ou deux fois pour manger.

Le toucher pratiqué par le vagin et par le rectum montre de la manière la plus évidente l'état de vacuité de l'utérus, et l'absence de toute tumeur abdominale. Le col de la matrice est dur et allongé; l'orifice est étroit, les lèvres assez fortes et d'une bonne consistance.

Aucun autre trouble n'existe dans l'état général de la femme Artaud : son appétit est très-bon, les digestions faciles. Les mouvements et la sensibilité ont partout conservé leur intégrité : aucun spasme, aucune convulsion, même passagère, ne se remarquent dans les muscles des membres ou de la face. La respiration est pure; le pouls, un peu animé par l'examen, bat 96 fois par minute. La chaleur de la peau est normale; l'urine est saine; en un mot, la santé est bonne. Il n'existe rien autre chose d'appréciable que le développement du ventre et les mouvements insolites dont il est le siége.

Ce fait curieux que nous avons cru devoir rapporter avec détails a été pour M. Tardieu l'occasion de recherches que nous regrettons de ne pouvoir analyser longuement. Après avoir établi que les cas de grossesses fausses et simulées ne peuvent être convenablement distingués et classés qu'à la condition de prendre pour point de départ une analyse exacte et soigneusement étudiée de leurs éléments mêmes, c'est-à-dire des phénomènes qui, par une fausse analogie, rappellent plus ou moins complétement quelques-uns des signes les plus certains de la grossesse, l'auteur est conduit à rechercher dans quelles conditions, autres que l'état de gestation, peuvent se produire chez la femme la cessation des règles, le développement du ventre, le gonflement de la glande mammaire et la sécrétion du lait; des mouvements particuliers, des contractions abdominales, énergiques et caractéristiques; et enfin un ensemble de douleurs et d'efforts prolongés plus ou moins analogues au travail de l'enfantement. Cette étude est constamment basée sur les faits que possède la science et principalement sur les observations

empruntées à Mauriceau, Schmitt, P. Frank, de La Motte, A. Paré, Esquirol, à MM. P. Dubois, Velpeau, Leuret, Calmeil, Bayard, etc. Ce n'est pas seulement dans l'espèce humaine que l'on a constaté des cas de fausses gestations et d'accouchements prétendus. On les voit se reproduire chez les animaux eux-mêmes sous l'influence d'une véritable perversion de l'instinct. Girard, médecin à Lyon, en a rapporté des exemples fort curieux.

Si, dans l'impossibilité où nous sommes de le faire connaître plus complétement, nous essayons de résumer ce travail et d'en présenter les principaux résultats, nous voyons que la question s'offre sous deux aspects également intéressants : d'une part, étudier les caractères et la marche des fausses gestations d'après les signes nombreux qui les accompagnent ; d'une autre part, chercher dans une interprétation raisonnée des faits le moyen de les distinguer et de les classer d'après leur véritable nature, d'après les éléments mêmes qui les constituent. Voici quelles sont à ces deux points de vue les conclusions de l'auteur :

1° Sur le premier point, tous les signes de la grossesse véritable, à part le bruit du cœur du fœtus, peuvent être observés en l'absence de la grossesse; depuis le développement du ventre et des seins, jusqu'aux mouvements et aux efforts de la parturition.

2° Pour le second, les signes qui caractérisent les grossesses apparentes doivent tous se rattacher comme point de départ soit à une affection organique, soit à une affection nerveuse, le plus souvent hystérique, soit à la simulation, soit à la folie.

3° Ces signes, par eux-mêmes, sont des phénomènes purement physiques et par conséquent très-réels. Mais presque toujours un autre élément vient s'ajouter à eux pour constituer l'état de prétendue grossesse. Cet élément, lorsqu'il n'y a pas simulation volontaire, circonstance d'ailleurs assez rare, n'est autre que l'illusion raisonnée, le travail de l'imagination, l'aberration de l'entendement : c'est de là que découle toute la série des actes qui aboutissent au simulacre du travail de la délivrance.

4° Le médecin légiste devra envisager, sous toutes ces faces diverses, le problème difficile et complexe des fausses grossesses. Il reconnaîtra qu'il n'est pas de signe en apparence si certain qui ne puisse appartenir à tout autre état qu'à la grossesse. Il saura de plus tenir compte de cet élément moral en quelque sorte qui vient s'ajouter aux conditions organiques les mieux définies et qu'il serait injuste de mettre toujours sur le compte de la volonté. En un mot, dégageant la vérité de toutes les causes d'erreurs qui l'obs-

curcissent, il ne s'attachera qu'à l'ensemble des signes locaux, directs, appréciables aux sens, tels que le développement de la matrice constaté par le toucher, le ballottement et l'auscultation des bruits du cœur du fœtus. Peut-être encore dans plus d'une circonstance le doute sera-t-il le parti le plus sage.

5° Enfin, la connaissance des différentes formes de fausses gestations et des phénomènes si variés qui les accompagnent n'est pas seulement intéressante au point de vue de la constatation de la grossesse; elle l'est encore comme étude physiologique et pathologique des contractions musculaires du ventre, des convulsions partielles et de certains autres états morbides; comme exemple d'une forme particulière de la folie; et enfin comme preuve nouvelle des rapports qui unissent la pathologie de l'homme à celle des animaux. (*Ann. de méd. lég. et d'hyg. publ.*, oct. 1845 et janv. 1846.)

BULLETIN.

I. *Académie de médecine.*

Discussion sur les causes de propagation de la peste et sur les quarantaines.

Nos prévisions ne nous avaient pas trompés. La discussion générale du rapport de la commission, après avoir occupé les deux dernières séances du mois dernier, a rempli toutes les séances du mois de juin, et nous ignorons encore quel en sera le terme. Il n'en est pas moins vrai que cette discussion est arrivée aujourd'hui à une période où tout, ou à peu près tout ce qu'il y avait de bon, d'utile et de sérieux, a été dit, et où il ne reste plus aux orateurs retardataires qu'à ressasser des arguments déjà usés ou à se servir d'armes déjà émoussées : aussi ne voulons-nous plus tenir nos lecteurs à une quarantaine qui pourrait se prolonger bien au delà de notre volonté, et nous allons essayer de leur rendre les impressions qui nous sont restées des débats de l'Académie, et rallumer pour eux un feu qui est déjà presque éteint.

Nous avons eu bien souvent l'occasion de critiquer la marche que suivent les discussions à l'Académie de médecine ; mais jamais, à aucune époque, nous n'avons été frappés autant que cette

fois des inconvénients de laisser une discussion s'égarer dans le vide au gré du premier venu. Il n'y a, en effet, à l'Académie qu'un bien petit nombre de membres qui possèdent quelques-unes des traditions des corps délibérants. La plupart des orateurs ne viennent pas discuter ce qui est en litige, combattre ou défendre ce qui est proposé; non : ils viennent faire connaître leur élucubration de la veille, et donner le champ à une imagination trop souvent vagabonde. Ils ne comprennent pas que dans une discussion il faut autre chose que des croyances, que des idées banales et vulgaires; il faut surtout des preuves et des démonstrations rigoureuses. Au reste, cette marche vacillante et irrégulière des discussions est inévitable toutes les fois que le président d'une assemblée ne s'efforcera pas de ramener la discussion dans le champ dont elle n'aurait jamais dû sortir. Sans doute les orateurs qui tiennent depuis longtemps en réserve un discours à effet trouveraient le procédé un peu draconien, crieraient à la tyraunie, à l'oppression, se plaindraient de la gêne de la tribune. Mais, en revanche, la discussion y gagnerait en clarté, en précision, et la critique n'aurait pas à se plaindre d'avoir entendu parler, dans une discussion sur la peste et les quarantaines, de tout, hors de ce qui était en question. Nous devons le dire hautement, tout a été irrégulier dans cette discussion : l'allure des académiciens, l'allure du rapporteur lui-même, qui est venu, avant la clôture de la discussion générale, faire une réponse personnelle et peu scientifique aux argumentations d'un de ses honorables collègues; chose bien inutile, en effet, car n'est-ce pas un droit consacré par l'usage que le rapporteur, lorsque la clôture est prononcée, résume les arguments qui ont été produits de part et d'autre dans la discussion et défende son œuvre contre les attaques dont elle a été l'objet? Mais passons : l'Académie n'est pas le pays de la réglementation parlementaire.

Au moment où nous écrivons, on a entendu huit orateurs : MM. F. Dubois (d'Amiens), Rochoux, Castel, Hamont, Gaultier de Claubry, Bousquet, Poiseuille et Desportes; enfin le rapporteur, M. Prus, a pris une fois la parole pour se défendre. Nous éprouvons un véritable embarras à classer les opinions de ces divers orateurs; ce que nous pouvons dire d'abord, c'est qu'aucun n'a paru jusqu'ici complétement satisfait du rapport et de ses conclusions; mais les uns, reprochant à la commission de manquer de doctrines, lui ont fait directement la leçon pour lui apprendre à vivre; les autres se sont livrés à des attaques de détails. C'est M. Dubois

qui a ouvert la discussion générale : son discours est celui qui, sans contredit, a porté la plus rude atteinte aux travaux et au rapport de la commission; mais nous avons préféré n'en parler qu'en dernier lieu pour ne pas le séparer de la réponse que le rapporteur a cru devoir y faire.

Rappelons avant tout à nos lecteurs que dans son rapport la commission a établi : 1° possibilité du développement de la peste sporadique ou épidémique dans tous les pays où l'on retrouve les mêmes conditions désastreuses qu'en Égypte, à savoir : l'habitation sur des terrains d'alluvion ou sur des terrains marécageux ; des maisons basses, mal aérées, encombrées; un air chaud et humide; l'action des matières animales et végétales en putréfaction; une alimentation malsaine et insuffisante; une grande misère physique et morale: autrement dit la Syrie, la Turquie, la Régence de Tripoli et Tunis, l'empire de Maroc; 2° différences profondes qui séparent la peste sporadique de la peste épidémique; 3° absence de faits qui démontrent la transmission de la peste dans les foyers épidémiques ou en dehors de ces foyers par le contact seul des malades, des hardes ou des marchandises; 4° transmissibilité de la peste hors des foyers épidémiques, mais seulement par l'infection miasmatique, c'est-à-dire par l'air chargé de miasmes pestilentiels; 5° formation de foyers pestilentiels, mais seulement par les malades atteints de la peste épidémique; 6° durée de l'incubation de la peste qui ne paraît pas avoir jamais dépassé huit jours. — Quant aux déductions pratiques, elles consistent principalement dans l'admission de deux patentes seulement, la patente *nette* et la patente *brute :* dans le premier cas, la commission est d'avis de soumettre les navires à une quarantaine de dix jours pleins, *à partir du départ* ou *de l'arrivée,* suivant qu'ils auront ou non un médecin sanitaire à bord ; dans le second, la quarantaine serait de quinze jours pleins, *à partir du départ* ou *de l'arrivée*, suivant la présence ou l'absence du médecin sanitaire à bord. Enfin, dans le cas où, pendant la traversée ou lors de son arrivée dans un port français, le navire aurait un malade atteint de la peste ou d'une maladie suspecte, il serait soumis à une quarantaine de rigueur, dont la durée serait déterminée par l'autorité sanitaire du port. — Ceci posé, entrons dans la discussion générale.

Au premier rang des hommes à principes bien arrêtés, marche M. Rochoux : c'est par les doctrines qu'il s'est formées sur les maladies infectieuses et les maladies contagieuses qu'il jugera la question actuelle. M. Rochoux ne discute pas, ne combat pas le rap-

port; il expose tout simplement son opinion sur la contagion et l'infection, et sans plus s'inquiéter de prouver ce qu'il avance, il l'applique à la peste et conclut. Certainement le discours de M. Rochoux est un des meilleurs qui aient été entendus. Comme tous ceux de cet académicien, il est spirituel, incisif; les points de doctrine y sont exposés avec un enchaînement, une précision, une netteté, qui ne laissent rien au doute et à la confusion. Mais les idées de M. Rochoux étaient suffisamment connues par ses écrits antérieurs, et surtout par ses articles sur ce sujet dans le *Dictionnaire de médecine* (1re et 2e édit.); il aurait, ce nous semble, mieux servi la cause qu'il défend, s'il eût cherché à démontrer par des faits directs pris dans l'histoire de la peste, ce qu'il affirme de cette maladie. Il a procédé par assertion plutôt que par démonstration; c'est par des généralités plutôt que par l'examen de la question particulière qu'il l'a résolue. Cette marche synthétique, quelque rigoureuse qu'elle pût être au fond, ne devait pas avoir de succès auprès d'une assemblée partagée par des opinions diverses et appelant avant tout le détail et la démonstration. Peut-être M. Rochoux nous dira-t-il, comme il l'insinue dans un passage de son discours, qu'il n'a fait que formuler une doctrine dont les preuves, sinon l'énonciation précise, se trouvent dans l'ample rapport de la commission. Cela ne justifierait pas l'orateur qui se serait par trop fié à l'intelligence de ses auditeurs.

Quoi qu'il en soit, pour M. Rochoux, il y a contagion quand une maladie se transmet, *n'importe comment*, de malade à sain. Toute maladie contagieuse doit cette propriété à l'existence d'un germe ou virus qui se produit chez les malades atteints d'affections virulentes, et qui, en quelque quantité qu'il soit, reproduit toujours la même maladie. La contagion diffère de l'infection en ce que celle-ci est causée par des émanations provenant de la décomposition putride de matières organiques, en ce qu'elle a une action proportionnée à la qualité et à la quantité des principes infectants, et qu'elle détermine des affections très-variées par rapport à leur type, à leur persistance, à leur gravité. Les deux genres de principes sont réunis dans certaines circonstances. Les maladies contagieuses doivent être distinguées, eu égard à l'activité de leurs germes, en deux ordres : les unes, comme la variole, la syphilis, la rage, etc., ont un germe persistant, doué d'une très-grande puissance reproductive; les autres, ce sont les typhus proprement dits, ont un germe beaucoup plus faible, facile à détruire, ayant besoin d'être aidé dans son action par le concours d'un certain nombre de con-

ditions extérieures, en l'absence desquelles le mal perd bien vite son activité et s'éteint promptement. C'est dans cette classe de maladies contagieuses que se trouve la peste, qu'elle soit à l'état sporatique ou à l'état épidémique. M. Rochoux regarde donc comme une saine interprétation des faits exposés et judicieusement discutés dans le rapport; la proposition suivante, savoir : « que, *née de l'infection et sans aucun germe préexistant, la peste se montre contagieuse à la manière des autres typhus, devient comme eux susceptible d'exercer les plus grands ravages par l'encombrement et diverses autres circonstances à elle étrangères, et comme eux perd promptement sa propriété contagieuse, puis s'éteint bien vite par la dispersion des malades, l'aération et l'emploi d'une hygiène éclairée.* » D'après cela, M. Rochoux conclut naturellement à la proscription absolue de tout notre système sanitaire, et il appuie cette conclusion de faits puissants qu'a donnés une expérience d'au moins vingt-deux ans, faite sur la plus vaste échelle et continuée sans interruption durant l'épidémie désastreuse de 1834 à 1835, qui n'a ralenti en rien l'activité des relations commerciales de l'Angleterre avec l'Égypte. Du reste, remarque très-bien M. Rochoux, les mesures sanitaires actuelles auraient tous les avantages qu'on leur attribue à Marseille, qu'en un tel état de choses nous devrions y renoncer, à moins d'être assez forts pour contraindre les autres peuples de l'Europe à les observer avec nous, comme par le passé : à quoi servirait-il de tenir la petite porte hermétiquement fermée, tandis que la grande reste largement ouverte.

M. Castel est aussi, comme l'on sait, un de ces académiciens qui tranchent toutes les questions par les principes; mais il faut l'avouer, ses principes sont d'un autre ordre que ceux de M. Rochoux : ce sont ceux d'une physiologie transcendentale qui n'emprunte rien aux faits vulgaires et connus. Sa riche imagination lui fournit tout. Pour M. Castel, c'est dans une *théorie lucide* de la contagion que serait la vraie solution de la question des quarantaines, et c'est pour n'avoir pas cherché « comment des émanations végétales ou animales en putréfaction engendrent dans le corps d'un animal, dès qu'elles y ont acquis droit de cité, un élément septique, lequel est plus dangereux quand il demeure concentré dans les viscères, et dont l'explosion au dehors détermine l'apparition de bubons, de charbons, de pétéchies, etc. ; » c'est pour ne pas s'être livrée à cette haute alchimie que la commission est restée loin du but. Son travail, au sentiment de l'orateur, a besoin d'être reconstruit sur de nouvelles bases. Si l'on n'est pas satisfait de celles que propose

M. Castel, on se montrera bien difficile..... Est-ce que par hasard M. Thiers, qui a dit assez incongrûment que parler médecine et parler bon sens sont deux choses différentes, aurait assisté à quelques séances de l'Académie!

M. Bousquet, de Montpellier, est encore un homme à principes, à synthèse, à grand raisonnement. Mais, malgré la prépondérance de ratiocination qu'il attribue à bon droit à son école privilégiée, il faut qu'il baisse pavillon devant M. Castel, de Paris, qui est décidément plus fort que lui sous tous ces rapports. M. Bousquet loue la commission de ce dont certains lui ont fait reproche, et l'accuse là où d'autres l'ont louée : c'est là, pour nous servir d'un de ses apophthegmes, l'avantage des grandes réunions de renfermer les esprits les plus divers. — M. Bousquet regarde donc comme fort intéressant, comme devant conduire à la solution de la question, la recherche de l'origine et du mode de propagation de la peste, deux grands points de doctrine qui composent à peu près tout le travail de la commission. Mais tous les résultats auxquels elle a été amenée par la discussion des faits, il les conteste, il les nie. Les conditions des localités ne peuvent pas faire développer spontanément la peste. Les efforts de la civilisation ne parviendront pas à l'éteindre. Les maladies, quoi qu'en dise la commission, ne fuient pas devant la civilisation, voyez plutôt la fièvre typhoïde, le typhus, les fièvres intermittentes, la fièvre jaune, le cholera, la phthisie, la petite vérole, la rougeole.... «La peste fuit devant la civilisation, s'écrie M. Bousquet dans un mouvement oratoire presque sublime! Vous oubliez donc que nous l'avons vue dans presque toutes les capitales de l'Europe, et qu'elle est inconnue aux sauvages de l'Amérique et aux autres! » — M. Bousquet n'admet qu'une origine et qu'un mode de propagation, la contagion et toujours la contagion; contagion par le contact, contagion par l'air, contagion par les hardes, les meubles, les objets qui touchent, environnent les pestiférés, contagion partout et toujours. Quant à démontrer cette doctrine, personne n'est moins embarrassé : il écarte les faits les plus avérés, admet les plus contestés, et quand les preuves lui manquent, il affirme; c'est plus facile que de démontrer. Ainsi il soutient, malgré les faits les plus concluants, que l'on échappe à la peste en s'isolant; ainsi il affirme que l'inoculation donne la peste, quelques doutes qui pèsent sur ce genre de transmission. Cependant il nous est venu un scrupule, et nous nous doutons que M. Bousquet en sait peut-être plus long sur ce chapitre qu'il n'a

voulu en dire. L'art d'inoculer les malades, a-t-il dit, n'est pas un jeu de hasard ; il a ses principes et ses règles dont les expérimentateurs ne semblent pas même se douter. Ils ont inoculé le sang et le pus des bubons : cela prouve tout au plus que le virus pestilentiel n'est ni dans le sang ni dans le pus... Que fallait-il donc inoculer ? M. Bousquet a oublié de nous le dire :

Il n'avait oublié qu'un point :
C'était d'éclairer la lanterne.

De même, pour la transmissibilité de la peste par les vêtements, il répond avec un publiciste célèbre : *Je n'en sais rien; mais je l'affirme.* C'est fier, mais c'est beau. Pourquoi ne s'est-il pas assimilé cet autre dicton, attribué au même philosophe chef des doctrinaires : *Je me soucie d'un fait comme de rien....* Il est vrai qu'il nous raconte à ce sujet deux faits qui nous ferment la bouche. Jugez plutôt : «Après l'inoculation du duc de Chartres, dans le siècle dernier, un linge qui avait servi au pansement fut enfermé dans un tiroir où il resta pendant quatre à cinq mois. Au bout de ce temps, la fille de son valet de chambre, enfant de 7 à 8 ans, ouvrit ce tiroir, mania ce linge, et *reçut* la petite-vérole.» Mais le suivant est encore plus extraordinaire : «Hildenbrand donnait des soins à un scarlatineux et portait un habit noir qu'il enferma ensuite dans une malle; cet habit y resta pendant dix-huit mois. Sur ces entrefaites, Hildenbrand fut envoyé en Podolie. A son arrivée, il reprit l'habit délaissé qui lui donna la scarlatine, et il la répandit dans toute une ville où elle était inconnue...» La foi est une belle chose !...

Du reste, si l'éloquence de M. Bousquet était aussi contagieuse qu'elle est contagioniste, nous ne verrions s'élever partout que lazarets, s'établir que quarantaines autour des départements, des villes, des villages ; il faudrait brûler, détruire tout ce qui a approché les contagiés, pour anéantir les germes laissés par la contagion ; car, pour cet honorable académicien, toute maladie contagieuse ne se propage et ne forme épidémie que par contagion. Mais si M. Bousquet a très-bien dit à ceux qui croient avoir trouvé les causes exclusives de la peste dans certaines conditions des localités et des habitants : Les causes étant permanentes, comment l'effet ne l'est-il pas ? Il oublie une objection, que Chicoyneau faisait, il y a plus de cent ans, à ceux qui soutenaient la même opinion que lui : l'unique mode de propagation de la peste étant la contagion, comment la peste cesse-t-elle, aussi bien que les autres maladies contagieuses ? Et, en effet, si la variole, la

rougeole, la scarlatine, toutes contagieuses que sont ces maladies, comme très-probablement la peste, ne se propageaient que par contagion, on ne saurait se rendre compte de la marche, du caractère des épidémies constituées par ces affections, qui naissent, s'accroissent et s'éteignent, quoi qu'en dise M. Bousquet, à la manière des maladies épidémiques pures, non contagieuses, malgré les quarantaines et les cordons sanitaires, malgré les communications les plus libres. — Nous sommes encore loin de connaître les causes et le mode de transmission de la plupart des maladies épidémiques, contagieuses ou non contagieuses.

Plus modeste que M. Bousquet, l'honorable M. Gaultier de Claubry s'est attaché à une seule partie du rapport, à la distinction établie par la commission entre la peste sporadique et la peste épidémique. Suivant lui, cette différence dans le nombre des cas de peste ne peut pas constituer une différence essentielle dans la maladie elle-même, et ce qui se passe dans les contrées marécageuses, où les fièvres intermittentes sont endémiques, prouve le contraire... Mais y a-t-il bien parité entre une maladie endémique dont le développement se lie à l'état du sol, aux conditions du séjour, et une maladie dont l'origine est tout à fait inconnue, puisqu'elle ne s'explique que par ce qu'on appelle le génie épidémique... Quant aux difficultés d'exécution dans la délivrance des patentes, en ce sens qu'il sera toujours bien difficile, même aux médecins placés sur les lieux par le gouvernement, de dire où finit la sporadicité et où commence l'épidémicité, ces difficultés sont plus spécieuses que réelles et le caractère épidémique ne tardera pas à se révéler... M. Gaultier de Claubry a été plus heureux quand il a montré la commission abandonnant son système favori dans les applications pratiques, imposant une quarantaine de rigueur à tout bâtiment quelconque, quelle que soit la patente, qui aura eu ou qui aurait à bord à son arrivée dans un port français un malade atteint de la peste, sans distinction de sporadique ou d'épidémique, ou même d'une maladie suspecte.

M. Poiseuille a été plus favorable au rapport que M. Gaultier de Claubry; et ce que nous avons vu de plus clair dans son argumentation, c'est que, suivant lui, les navires deviennent des foyers d'infection en mer. Aussi veut-il la ventilation des navires en pleine mer, la ventilation des navires à l'arrivée, la ventilation des malades, etc.

M. Hamont, qui a habité l'Egypte, est loin de partager les opinions de la plupart des médecins qui l'ont visitée comme lui.

La constitution pestilentielle n'a pu trouver grâce devant lui. C'est que la constitution pestilentielle vient d'en bas et non d'en haut; elle se compose des émanations provenant des localités et de celles des malades, auxquelles se joignent la chaleur et l'humidité... Ce système peut être applicable, jusqu'à un certain point, à l'Egypte; mais où trouver les conditions de sol, les conditions climatériques qui ont pu produire la peste à Moscou, à Londres, à Paris, à Vienne, à Milan, etc.? Force est donc de recourir, dans certains cas, à ce qu'on appelle le génie épidémique ou la constitution pestilentielle. Comme M. Bousquet, M. Hamont admet, mais sans plus de preuves, la contagion directe, la contagion par les vêtements et par les marchandises. Mais M. Hamont a frappé bien plus juste quand il a signalé l'incertitude de la marche du rapport, et les contradictions flagrantes qui existent entre les premières et les dernières parties, entre le texte et les conclusions. « De quel droit, a-t-il dit, établissez-vous entre deux navires qui ont tous deux une patente *nette*, une différence de dix jours au moins, suivant qu'ils ont ou non un médecin à bord? Est-ce que la période d'incubation n'est plus de huit jours, ainsi que la commission l'avait d'abord établie? et n'y a-t-il pas un véritable déni de justice à ne pas traiter de la même manière deux navires qui sont placés dans les mêmes conditions sanitaires? De quel droit impose-t-on au navire marchand dix jours de quarantaine d'observation, quand il en a passé déjà quinze ou vingt en mer, et tout cela, parce que l'un a un médecin à bord, et l'autre n'en a pas? Les médecins seraient-ils donc de véritables épouvantails pour la peste? Comprend-on davantage les quarantaines de quinze jours, à partir du départ ou de l'arrivée, dans le cas de patente *brute*? et puisque l'incubation ne peut être que de huit jours au plus, pourquoi quinze jours de quarantaine? La commission renonce donc à sa première opinion sur le temps de l'incubation?...» Après ces attaques, croirait-on que M. Hamont propose de soumettre toujours les provenances d'Égypte au régime de la patente brute, d'imposer une quarantaine de vingt-cinq jours, voyage compris, à tout bâtiment marchand, ou autre, venant directement d'Égypte, et enfin de laisser fixer la durée de la quarantaine par l'administration sanitaire, toutes les fois qu'une maladie suspecte ou la peste se sera déclarée à bord?... On connaît toute l'intelligence, toute la mansuétude et toute la perfectibilité des administrations sanitaires.

Nous voici arrivés au discours qui a frappé le plus fortement et

le plus directement le rapport. Sorti du propre sein de la commission, et prononcé au commencement de la discussion, il a eu et devait avoir un grand retentissement, que n'ont pas effacé les discours ultérieurs : c'est que M. F. Dubois, sans idées préconçues, s'inquiétant peu de faire prévaloir un système arrangé d'avance, s'est attaché à la discusion pure et simple des faits et à l'examen des interprétations qu'on leur a données.

M. F. Dubois reproche d'abord à la commission de s'être à plaisir éloignée du but, d'avoir agrandi sa tâche, et cela sans avantage, du moins pour les besoins du moment. L'unique question, la question bien limitée, dont la commission avait à s'occuper, était celle-ci : «La peste est-elle transmissible en dehors des foyers épidémiques ? Doit-on craindre que quelques cas importés en France y puissent devenir la cause d'une épidémie pestilentielle ? » Qu'a fait d'abord la commission ? Elle a été rechercher les conditions productrices de la peste, qu'elle a étudiées, dans l'insalubrité des lieux et la misère des habitants, dans le génie épidémique ou la constitution pestilentielle, enfin dans les pestiférés eux-mêmes, autrement dans l'action des individus malades sur les individus sains. Mais de ces trois éléments producteurs de la peste, dit M. F. Dubois, deux sont restés à peu près sans application dans le rapport : ce sont les deux premiers ; on n'en a tiré aucune induction pratique.

Relativement à ce qui constitue le point essentiel du travail de la commission, la transmissibilité de la peste en dehors des foyers d'infection, M. F. Dubois reproche au rapporteur d'avoir manqué de franchise, de n'avoir pas prononcé le nom de contagion, quand non-seulement il admet que le pestiféré déposé dans un lazaret européen peut y communiquer sa maladie à d'autres individus, mais encore que la chambre d'un navire, d'un lazaret, une fois imprégnée des miasmes pestilentiels, devient un moyen de transmission de la peste.— Ces doctrines, la commission prétend les appuyer sur dix observations authentiques, qu'on ne saurait nier. C'est vraiment ici qu'est la partie saillante du discours de M. F. Dubois. Nous renonçons à rendre compte de la manière à la fois spirituelle et solide avec laquelle il a démasqué une à une les batteries de la commission, et détruit cet échafaudage qu'elle avait élevé avec tant de peine ; ridicule, ironie, dialectique pressante, il a tout employé ; et le plus souvent il a frappé juste. Ces dix faits, rapportés par la commission, il commence par les réduire à quatre, puisque six de ces faits se sont présentés dans les limites ordi-

naires du développement de la peste; et ces quatre, qu'en reste-t-il, lorsqu'on a lu son discours?..... Après avoir montré tant d'énergie, M. Dubois a fléchi, le cœur lui a failli, et pressé de conclure, lorsque son argumentation le conduisait à demander la suppression des lazarets et des quarantaines, il a hésité. Rien de plus modeste, en effet, que ses conclusions; il se résigne à accepter le rapport tout entier; seulement il demande pour la première partie une application relative au port de Marseille, qui est une cause incessante d'insalubrité; pour la seconde, la présentation, sous forme de doute, des cinq caractères attribués, par le rapport, aux épidémies; et sur la troisième partie, qui cependant lui paraît devoir être profondément modifiée, il ne fait aucune proposition; seulement il se déclare prêt à accepter toutes les réformes qui pourront être présentées. Enfin M. Dubois attend un Chervin pour se décider. Pense-t-il donc qu'il se trouve tous les jours, et à chaque pas, des hommes de cœur et d'intelligence qui se vouent corps et âme au triomphe d'une idée.

Nous ne voulons d'autre preuve de la justesse des attaques que M. Dubois a dirigées contre le rapport, que la manière âcre et peu mesurée avec laquelle le rapporteur de la commission est venu défendre son œuvre. Lui, si calme et si prudent d'ordinaire, il semblait avoir oublié que les personnalités compromettent les meilleures causes. M. le rapporteur avait sans doute raison sur plusieurs points; mais le ton de sa réponse a indisposé l'assemblée, et a tourné contre lui beaucoup de ses adhérents eux-mêmes. M. Dubois avait dit avoir proposé, dans une des premières séances de la commission, de s'en tenir à la solution des deux questions principales dont nous avons parlé il y a peu d'instants; mais le rapporteur est arrivé muni de son procès-verbal, pour lui prouver qu'il avait demandé tout autre chose. L'objection de M. Dubois n'en persiste pas moins dans toute sa force. M. Prus continue à penser que la commission devait porter son attention sur toutes les questions dont la solution était nécessaire pour un bon remaniement des ordonnances et des règlements sanitaires. Mais qui nous prouve que toutes les questions posées dans le rapport fussent dans ce cas? et, pour notre part, nous ne sommes pas encore convaincus que les deux premières parties soient véritablement à leur place dans un pareil travail. Toutefois nous devons dire que le rapporteur a défendu avec talent les caractères différentiels qu'il avait assignés aux maladies épidémiques : ceux tirés du nombre des malades, de

la division en périodes, de l'influence de la maladie épidémique sur les affections concomitantes, de la précession des affections graves qui servent d'avant-coureurs. Il n'a pas aussi bien réussi à protéger le quatrième et le cinquième caractère, c'est-à-dire l'influence générale exercée sur les personnes en santé par la constitution pestilentielle, et le retour de la peste dans la même saison, et sa même durée. La lutte a été vive à propos des faits que M. Dubois avait si énergiquement attaqués. Le rapporteur a cherché à prouver que M. Dubois avait négligé des faits importants, qu'il en avait faussé et controuvé un certain nombre d'autres... Eh bien, tout calculé, nous nous permettrons de conserver encore quelques doutes sur des faits qui ont été vus, avec des lorgnettes d'approche, par des hommes prévenus, sur des faits dont la nature n'a été souvent établie que par les rapports d'hommes tout à fait étrangers à l'art de guérir; autrement dit, nous ne sommes pas pleinement satisfaits de la réponse que M. le rapporteur a faite aux objections si puissantes de M. Dubois.

Que si nous devions résumer en quelques lignes ce que nous pensons du rapport, tel que nous l'a montré la discussion générale, nous dirions 1° que le rapport soulève un grand nombre de questions qui sont aujourd'hui et dans l'état actuel de la science parfaitement insolubles, telles que le mode de transmission de la peste par le contact, les hardes ou les marchandises, soit dans les foyers épidémiques, soit en dehors de ces foyers, le temps d'incubation de la peste, etc.; 2° que le rapport brille beaucoup plus par les démonstrations négatives que par les démonstrations positives, c'est-à-dire que la commission a beaucoup plus détruit qu'elle n'a édifié; 3° qu'il y a une contradiction évidente entre les applications pratiques et les données mères du rapport, autrement dit, que la commission a négligé dans ses conclusions un grand nombre d'éléments auxquels elle paraissait attacher d'abord une grande importance.

Un mot encore : pendant que le grand drame se jouait dans la rue de Poitiers, il se passait au Palais-Bourbon une petite scène dont nous ne pouvons nous dispenser de parler. Il s'agissait du budget du ministère du commerce, et des administrations sanitaires. M. le ministre était venu à la tribune faire acte de soumission et demander humblement qu'on voulût bien lui rendre les quelques cent mille francs que la commission lui avait retranchés pour le mettre en demeure de s'exécuter. Il avait promis 1° que les passagers arrivant de Constantinople en patente nette,

par les paquebots-postes et par les bâtiments de l'État, ayant un médecin sanitaire à bord, seraient mis immédiatement en libre pratique ; lorsqu'il se serait écoulé neuf jours pleins depuis le départ; en d'autres termes, que la quarantaine commencerait le jour du départ; que les mêmes dispositions seraient applicables aux passagers des bâtiments de commerce en patente nette venant de Constantinople, ayant un médecin sanitaire à bord; que les passagers des bâtiments de commerce en patente nette n'ayant pas de médecin sanitaire à bord seraient soumis à une quarantaine d'observation de cinq jours. Quant aux marchandises, elles suivraient les conditions des bâtiments qui les apporteraient : ainsi dans les deux premiers cas, libre pratique; dans le troisième, quarantaine de cinq jours d'observation. 2° Relativement aux provenances d'Égypte, qu'elles pourraient à l'avenir être en patente *nette* comme celles de Constantinople, et qu'alors les passagers des paquebots et des bâtiments de l'État, des navires de commerce ayant à bord un médecin sanitaire, seraient admis en libre pratique douze jours pleins après leur départ d'Alexandrie; les passagers des bâtiments de commerce n'ayant pas de médecin à bord après une quarantaine d'observations de sept jours; de même pour les marchandises. M. Berryer s'est levé, et de sa voix la plus éloquente, il est venu dérouler devant la Chambre les désastres dont Marseille conserve encore le souvenir. Il a adjuré ses collègues de ne pas exposer le pays et surtout sa ville adoptive à des dangers aussi redoutables, sous prétexte de quelques jours d'économie dans la rapidité de la marche des voyageurs, pour quelques bénéfices d'emmagasinage de marchandises; mais il était facile de voir que l'illustre orateur n'était pas à son aise dans cette question, qu'il marchait sur un terrain mal assuré, qu'il sacrifiait à d'autres intérêts que ceux qui le guident d'ordinaire. M. Bouillaud, qui a pris la parole après lui, s'est montré digne de sa mission; il n'a pas eu de peine à justifier la médecine de ces accusations banales que les hommes du monde lui jettent sans cesse à la face. Je ne connais pas d'autre médecine, a-t-il dit, que celle qui est fondée exclusivement sur l'expérience et sur l'expérience formelle et positive. Ensuite il a montré qu'il n'était pas nécessaire, pour modifier le système quarantenaire, de posséder des notions complètes sur tous les points de la contagion et de l'infection, qu'il fallait seulement résoudre quelques questions pratiq es et en particulier celle de la durée d'incubation de la peste. M. Thiers ne pouvait pas faire moins pour Aix que M. Berryer pour Marseille : à son tour il est venu défendre les lazarets et

les quarantaines si chers à toute la Provence. *Je ne viens pas*, a-t-il dit, *parler médecine, je viens parler bon sens;* et il a déroulé à peu de chose près la même argumentation que M. Berryer. M. Thiers avait excité l'hilarité de l'assemblée; mais il n'a pas eu longtemps les rieurs de son côté. M. Bouillaud, qui a répliqué, a démontré qu'en fait de médecine il faut autre chose que du bon sens, et que ce n'est pas en présidant le prétendu *conseil supérieur de santé* que M. Thiers a pu s'infuser les connaissances convenables.

Nous reviendrons nécessairement sur cette interminable discussion de la peste et des quarantaines. M. Pariset devait prononcer un discours. Il était difficile de penser que le célèbre secrétaire perpétuel laissât ainsi sombrer son navire sans essayer de le défendre. Nous avons donc l'espérance de lire un beau morceau de littérature.

— L'Académie a procédé, dans l'une des dernières séances du mois dernier, à la nomination d'un membre dans la section de médecine opératoire. M. Malgaigne a été nommé au second tour de scrutin. Les autres principaux compétiteurs étaient MM. Robert, Vidal, H. Larrey, et Huguier.

II. *Académie des sciences.*

Névroplastie. — Stéréoscope. — Anaplastie uréthrale. — Compression du cervelet. — Permanence de l'antimoine dans les organes vivants.

Les communications faites à l'Académie n'ont présenté que très-peu d'intérêt, si l'on en excepte le travail remarquable de M. le professeur Dumas sur le sang, travail que nos lecteurs connaissent déjà par son insertion dans les *Archives d'anatomie et de physiologie* du mois dernier.

1° M. Serres a lu une nouvelle observation de *névroplastie* ou de transformation ganglionnaire du système nerveux périphérique, observation recueillie dans son service à l'hôpital de la Pitié sur un sujet de vingt-six ans encore vivant; ce qui rend cette observation un peu moins concluante pour nous que pour son auteur.

2° M. Cornay, de Rochefort, a adressé une note relative à un instrument de son invention qui a pour but la découverte des corps

solides engagés dans les cavités et parties molles, et auquel il donne le nom de *stéréoscope* (de στερεὸς, solide, corps dur, et de σκοπεω, j'examine); c'est un instrument sonore, très-sensible, composé d'un stylet ou d'un tube métallique de 33 centim. de largeur sur un diamètre qui varie jusqu'à 6 millim., sans ouverture au bec qui est arrondi. Le stylet et le tube sont droits ou courbes suivant l'usage que l'on veut en faire. Le pavillon est terminé par un timbre de 4 centim. et demi d'ouverture et de 4 centim. de hauteur, en métal de cloche. Le bord du pavillon du timbre est gradué à l'extérieur circulairement, de manière à pouvoir faire acquérir par une inclinaison à la verticale la connaissance de l'épaisseur et de la largeur des corps explorés. Le tube est aussi gradué longitudinalement, à partir des anneaux, à l'effet de faire constater la largeur de ces mêmes corps. La sonorité de l'instrument avertit de la présence des moindres inégalités ou de l'absence des corps étrangers. Il n'y a point de son produit par la percussion et le frottement des parties molles et des membranes. Mais aussitôt que l'instrument touche des corps plus ou moins durs, il produit des sons plus ou moins aigus. Aussi l'instrument est sensible lorsqu'il rencontre une épingle, du sable, les petites et les grosses concrétions urinaires, une balle de plomb, du bois, etc. On conçoit alors tout le parti que l'on peut en tirer pour établir le diagnostic et pour la pratique des opérations. Tout en rendant justice au caractère ingénieux de cet instrument et d'un instrument analogue que l'on doit à M. Moreau-Saint-Hilaire, M. Velpeau a fait remarquer que la difficulté n'était pas le plus souvent de percevoir la sensation qui résulte du contact des corps durs, mais bien de les retrouver dans les cavités où ils sont renfermés.

3° M. Jobert (de Lamballe) a lu l'extrait d'un mémoire intitulé: *Réflexions sur l'anatomie pathologique et la thérapeutique des fistules urinaires chez l'homme. — Anaplastie uréthrale.* Ce travail est terminé par les conclusions suivantes : 1° les fistules urinaires qui sont récentes et déterminées par une inflammation phlegmoneuse peuvent guérir par le séjour des sondes et le développement des bourgeons charnus qui forment l'ouverture accidentelle ; 2° les fistules anciennes dont le trajet est organisé ne guérissent souvent qu'en apparence par l'emploi des algalies, de la cautérisation, de la compression, etc. Nous avons vu des individus revenir à l'hôpital avec la même fistule ou des dépôts urinaires, après avoir été guéris. C'est ce que nous avons observé sur un Italien : l'autopsie nous montra une ouverture fistuleuse uréthrale impercep-

tible, qui permettait à l'urine de filtrer au travers avant que d'être déposée dans une petite poche, d'où le liquide était reversé dans le canal; 3° une fistule périnéale dont le trajet est cartilagineux et ossifié peut être guérie par la suture entortillée et le ravivement, si on a l'attention de détruire le trajet organisé avec l'instrument tranchant; 4° les fistules périnéales peuvent être guéries, lorsqu'il en existe plusieurs, par des incisions qui s'étendent à toute leur profondeur, et par des pansements faits comme pour les fistules anales; 5° les sondes sont toujours indispensables, quelle que soit l'opération que l'on pratique; 6° les fistules sus-scrotales avec perte de substance ne guérissent que par l'autoplastie; 7° la boutonnière est inutile lorsqu'on pratique l'anaplastie; 8° la boutonnière n'empêche pas l'urine de parcourir l'urèthre; 9° le lambeau taillé aux dépens du scrotum, remplit les conditions voulues pour la réussite; 10° l'agglutination peut s'obtenir dans toute l'étendue du lambeau ou dans les deux tiers de sa circonférence, et alors la suppuration amène la guérison par seconde intention; 11° le ravivement doit se faire aux dépens des téguments et du trajet de la fistule jusqu'à l'urèthre; 12° la suture entrecoupée est préférable à la suture entortillée; 13° les points de suture doivent être assez rapprochés pour empêcher l'urine de sortir, et doivent être assez serrés pour maintenir les surfaces en contact, et pas assez pour les diviser trop promptement; 14° il est nécessaire de placer une sonde dans l'urèthre pour porter l'urine au dehors, et faire rapprocher les surfaces saignantes; 15° il faut couper les fils à mesure qu'ils pénètrent dans la chair; 16° la suture doit comprendre le plus de tissus possible; 17° il n'existe aucune difformité après l'autoplastie sus-scrotale, et aucune gêne ne se rencontre dans l'accomplissement des fonctions de ces organes.

4° M. Godart a communiqué une observation fort intéressante de *troubles dans les mouvements de locomotion produits par la compression médiate du cervelet.* Nous en reparlerons lors du rapport qui sera fait sur cette observation.

5° M. E. Millon a fait part à l'Académie du résultat d'expériences sur l'antimoine, expériences auxquelles il vient de se livrer, et qui établissent non-seulement que l'antimoine introduit dans l'économie y peut séjourner longtemps, mais qui démontrent encore son mode de répartition entre les divers organes et jusqu'à un certain point les modifications qu'il détermine en plusieurs d'entre eux, tels que le foie par exemple. Sous ce dernier point de vue, l'auteur a été frappé de la coïncidence de ses résultats avec ceux qui ont été

notés précédemment pour d'autres poisons. L'antimoine pénètre-t-il simultanément tous les organes essentiels, les poumons, le cerveau, les parois intestinales: l'animal succombe à l'intoxication et semble mourir partout à la fois, en réduisant ses tissus au dernier degré de l'émaciation. L'antimoine est-il condensé dans le cerveau : même atteinte à la vie générale; mais la mort frappe au milieu d'un cortége de symptômes nerveux qui indique le siége principal du poison. Que le métal, au contraire, arrive à des organes moins sensibles ou d'une sympathie moins générale, à des tissus qui vivent lentement et tacitement, au système cellulaire ou osseux, les effets du poison s'effaceront, on pourra croire à son élimination ou à son absence. Cette page nouvelle de l'intoxication antimoniale ne fait-elle pas soupçonner des conditions analogues dans les maladies saturnines? serait-ce par une localisation spéciale que des organisations privilégiées échappent aux effets toxiques du plomb? et la concentration des signes morbides sur l'abdomen, sur le système nerveux et sur les membres, n'indique-t-elle pas que le plomb occupe alors des régions correspondantes? Le développement énorme du foie, à la suite de l'administration de l'émétique, est aussi un fait qui ne saurait passer inaperçu. La percussion des organes est pratiquée aujourd'hui par des mains si habiles, qu'on ne peut tarder à savoir si l'administration fréquente de l'antimoine coïncide aussi, chez l'homme, avec un développement rapide du foie.

BIBLIOGRAPHIE.

De la pellagre, de son origine, de ses progrès, de son existence en France, de ses causes et de son traitement curatif et préservatif; par Théophile ROUSSEL. 1 vol. in-8°, 376 p.; Paris, au bureau de l'*Encyclographie médicale*.

Nous allons entretenir nos lecteurs d'un ouvrage dont l'importance ne saurait être contestée par personne, car il ne s'agit de rien moins que d'une maladie qui peut attaquer et déciner des populations entières. Il y a très-peu d'années, si on avait demandé à la plupart des médecins français : qu'est-ce que la pellagre? ils n'auraient pu répondre que par des indications vagues dans les-

quelles les symptômes cutanés auraient tenu la plus grande place. Et cependant il résulte de l'ouvrage de M. Roussel que des écrits nombreux et importants avaient paru en Italie et en Espagne sur cette affection grave, et que des médecins de différents pays s'en étaient occupés dans leurs voyages en Italie. A quoi tient donc cette insuffisance réelle de nos connaissances, pendant tant d'années, sur un sujet d'un si grand intérêt? S'il faut en croire M. Roussel, la faute en est à ce que la génération actuelle a répudié les anciens, et à ce que nous oublions les leçons que l'expérience a accumulées pour nous dans la longue suite des siècles. « N'est-on pas forcé, dit-il, de reconnaître qu'à dater du jour où le dégoût des vieux systèmes et l'amour de l'innovation ont établi une solution de continuité entre le présent et le passé de la médecine, la science semble marcher dans un impasse? Absorbée dans l'utile mais insuffisante étude des symptômes, dans la désespérante contemplation des lésions anatomiques, la voit-on s'élever au-dessus de la matière qu'elle interroge, qu'elle torture sous ses instruments, et qui reste muette si souvent? Ne faut-il pas reconnaître cependant que là n'est pas toute la science, que là n'est pas la vraie ou du moins la seule route du progrès? »

Nous regrettons vivement de nous trouver dès l'abord en opposition complète avec M. Roussel dont, ainsi qu'on le verra plus loin, personne plus que nous n'apprécie les travaux; mais en présence de pareilles assertions, ce serait manquer à toutes nos convictions, ce serait abandonner une cause pour laquelle nous avons toujours combattu, que de ne pas démontrer combien la manière de voir de l'auteur est erronée. Et d'abord nous n'admettons pas cette solution de continuité entre le présent et le passé, dont se plaint M. Roussel. Il est vrai que l'on ne se contente pas aujourd'hui pour reconnaître l'exactitude d'une proposition de savoir que tel ou tel médecin célèbre l'a émise, et que l'on cherche (un certain nombre de médecins du moins, et ce sont ceux que M. Roussel attaque et que nous défendons) à vérifier par des faits nouveaux plus sévèrement et plus complétement recueillis, comme aussi par la critique des faits anciens, le degré d'exactitude des opinions qui nous sont transmises par ce que l'on appelle l'expérience des âges. Mais est-ce là marcher dans un impasse? N'est-ce pas plutôt être entré *enfin* dans la voie du progrès? Quand nous serions encore pendant dix mille ans à répéter ce qu'ont dit Hippocrate et Galien, en serions-nous bien plus avancés?

Et sans aller plus loin, ne trouvons-nous pas dans l'ouvrage

même de M. Roussel un démenti à ses accusations chagrines? Voilà près d'un siècle que la pellagre a trouvé des observateurs et des historiens, et cependant que savions-nous sur elle avant ces dernières années? La connaissance de ses symptômes, si frappants et si graves, restait enfermée dans des cercles étroits qu'elle ne franchissait pas. Pourquoi cela? Il y a cinquante, quarante, trente ans, on n'avait pas cédé à cet esprit d'innovation dont gémit M. Roussel; on n'avait certes pas rompu avec le passé: on était en plein passé. Comment se fait-il donc que la maladie n'ait pas été généralement connue? Et comment se fait-il que ce soit de nos jours que cette connaissance se répand, grâce aux recherches bien dirigées, faites par plusieurs de ces médecins, qui ne vénèrent le passé qu'autant qu'il le faut, et dont M. Roussel fait partie, quoi qu'il en dise? Nous le demandons, n'est-ce pas parce qu'aujourd'hui les investigations sont plus exactes et plus précises? parce que l'on n'est plus convaincu que les anciens ont tout vu, tout connu, et qu'il n'y a qu'à suivre leurs leçons? N'est-ce pas, en un mot, parce que la médecine est en progrès?

Comment M. Roussel peut-il dire que la science est aujourd'hui absorbée dans l'étude des symptômes et dans la contemplation des lésions anatomiques? Est-ce que jamais on s'est plus occupé de thérapeutique? Est-ce que l'on n'a pas posé en principe que dans l'observation, rien, absolument rien ne doit être négligé? Voici du reste, pour le rassurer, ce que nous avons à lui dire: Dans notre manière de voir, les maladies doivent être étudiées avec le même soin dans tous leurs détails. On ne doit pas plus traiter légèrement l'anatomie pathologique et la symptomatologie, que l'étiologie et la thérapeutique. Lorsque sur l'un de ces points, les écrits des anciens nous offrent quelque chose de positif, ce qui est malheureusement trop rare, il faut en faire son profit; en un mot, il faut tout faire concourir à l'avancement de la science. Parmi ceux qui pensent ainsi, il n'en est aucun auquel on puisse adresser le reproche d'indifférence qui se trouve quelques lignes plus loin dans le livre de M. Roussel, et aucun non plus qu'on puisse accuser de scepticisme comme l'a fait cet auteur, car le doute que l'on conserve jusqu'à vérification complète n'est pas du scepticisme, et il est bon nombre de vérités contre lesquelles s'élèvent encore quelques esprits, et que nous défendons avec persévérance, ce qui, on en conviendra, serait assez étrange de la part de véritables sceptiques. Nous sommes certains que, s'étant montré si judicieux dans tout le reste de son ouvrage, il reconnaîtra facilement

combien il s'est trompé dans les passages auxquels nous faisons allusion, et si nous y avons insisté, c'est qu'il est absolument nécessaire de rectifier ces erreurs toutes les fois qu'elles se présentent, mais surtout quand on les trouve dans des ouvrages d'une valeur réelle. Nous pouvons maintenant passer à l'analyse du travail de M. Roussel.

La première partie est consacrée à l'*exposition historique.* M. Roussel, réunissant les documents les plus nombreux, prend la pellagre à sa première apparition en Espagne, ou plutôt à la première description qui en a été donnée par Casal, et que Thierry fit connaître dans une notice publiée dans le journal de Vandermonde; puis il la suit en Italie et passe en revue les observations de Pujati, de Frapolli, de Strambio, et de bon nombre d'autres médecins qui ont pu observer la maladie. Enfin, il la retrouve dans les écrits de quelques médecins du midi de la France qui, dans les trente dernières années, l'ont étudiée chez un nombre considérable de sujets. Ces divers observateurs n'ont pas tous désigné la pellagre sous le nom qui lui est aujourd'hui généralement consacré. En Espagne on la connaît sous le nom de *mal de la rosa,* et plusieurs médecins italiens l'ont décrite sous celui de *scorbut des Alpes,* frappés qu'ils étaient de quelques symptômes qui ne se montrent qu'à une époque avancée et qui la font ressembler au scorbut. Ce qui ressort de plus remarquable de cet exposé historique, c'est que la pellagre a été observée dans des pays où le maïs est cultivé sur une grande échelle, et nous verrons plus loin, en parlant des causes, quelle importance a ce fait relativement à l'étiologie.

Dans la deuxième partie, M. Roussel présente les diverses descriptions des principaux auteurs qui ont écrit sur la pellagre, et il prouve dans un résumé fort bien fait que, bien que ces descriptions diffèrent dans quelques points, c'est toujours de la même maladie qu'il s'agit. Qu'on observe, en effet, la pellagre dans la Lombardie, dans les Alpes, dans les Asturies, ou dans les Landes et le Lauraguais; il y a toujours des phénomènes communs très-nombreux et très-caractéristiques qui ne laissent aucun doute sur ce point. Et cependant, il y a eu d'assez nombreuses discussions à ce sujet; les uns voulant que le mal qu'ils observaient ne fût autre chose qu'une lèpre; les autres n'y voyant qu'un scorbut, et d'autres encore ne trouvant dans ce mal qu'une altération des voies digestives, ou du système nerveux (hypochondrie, etc.). N'est-ce pas encore là un argument contre la manière de voir de M. Roussel? Et cela ne prouve-t-il pas que les progrès de la science ne sont pas

aussi compromis qu'il le dit? C'est en analysant les descriptions défectueuses dispersées çà et là, en tenant compte de tout ce qu'elles renferment, et en les rapprochant de quelques observations prises récemment avec tout le soin qu'on met aujourd'hui à les recueillir, que M. Roussel est parvenu à démontrer l'identité de la maladie dans les pays précédemment indiqués. Qu'aurait-on fait à toute autre époque? Précisément ce qu'ont fait les auteurs auxquels M. Roussel a emprunté ces documents. Après une description plus ou moins incomplète, on aurait dit : c'est une acrimonie, alcaline ou neutre, c'est un vice herpétique, c'est un scorbut, une atonie des organes digestifs, etc. etc.; et de là une confusion comme celle que les recherches de ces dernières années viennent de faire cesser.

Il s'agit dans la troisième partie de la *pathogénie* et de l'*étiologie*. Nous venons de voir, relativement à la pathogénie, combien étaient hypothétiques les opinions des auteurs, et ce qui a dû nécessairement en résulter; nous n'y reviendrons pas; mais nous parlerons de l'étiologie, à propos de laquelle s'élèvent des questions de la plus haute importance. On a essayé de faire remonter à une haute antiquité la connaissance et par conséquent l'existence de la pellagre. M. Roussel n'a pas de peine à prouver non-seulement que la médecine antique ne dit rien qui puisse se rapporter avec exactitude à cette maladie, mais encore qu'avant les auteurs que nous avons cités précédemment, il n'existe aucun document qui puisse s'y rapporter, et que si une ressemblance de nom a pu tromper quelques médecins, un examen un peu attentif ne tarde pas à faire découvrir l'erreur. Ce chapitre est un des plus intéressants de l'ouvrage.

Passant ensuite à l'étude des causes attribuées à la pellagre, M. Roussel repousse tour à tour l'influence des modificateurs atmosphériques, celle de l'habitation, du genre de vie; celle des tempéraments, etc. C'est en analysant avec soin les faits et en les soumettant à une bonne critique qu'il exclut ainsi ces prétendues causes. Relativement à l'influence de l'atmosphère, par exemple, il démontre, en rapprochant les diverses descriptions des auteurs, que la maladie a sévi avec la même intensité dans les climats les plus différents; sur les montagnes et dans les plaines; dans les pays secs et dans les pays humides et marécageux Cette manière de procéder ne laisse aucun doute dans l'esprit.

Mais quant à l'influence de l'alimentation presque exclusive par le maïs ou blé de Turquie, M. Roussel trouve, au contraire, qu'à mesure qu'on examine un plus grand nombre de faits, les preuves

s'accumulent pour prouver l'action incontestable de cette cause. La maladie règne là où le maïs est cultivé, elle suit les progrès de cette culture, elle est d'autant plus fréquente et plus intense que l'alimentation se fait d'une manière plus exclusive par le maïs ; en un mot, de quelque manière qu'on envisage cette question, on arrive toujours à la même solution. Nous ne pouvons pas, malheureusement, suivre l'auteur dans tous les développements qu'il donne à l'examen de ce fait important ; mais nous engageons vivement le lecteur à recourir au livre de M. Roussel, dont la lecture ne pourra que lui être éminemment fructueuse.

L'auteur expose ensuite le *traitement* et la *prophylactique* de cette redoutable affection. On pense bien que le principal moyen consiste dans le changement d'alimentation, dans l'amélioration de la culture du maïs, qui, dans certains pays, est très-imparfaite et donne des grains de mauvaise qualité. Mais ce sont encore là des détails qui ne peuvent pas entrer dans une analyse succincte comme celle que nous devons présenter ici. Il suffit d'indiquer les bases du traitement posées par l'auteur, en insistant sur l'importance des faits.

Enfin, M. Roussel, dans un *appendice*, expose la topographie médicale de quelques pays où règne la pellagre, donne quelques observations particulières pleines d'intérêt, et termine par une notice sur le maïs et sur sa culture.

Nous en avons dit assez pour prouver que l'œuvre de M. Roussel est une œuvre sérieuse. Ceux qui liront l'ouvrage se convaincront que ce médecin a fait preuve en l'écrivant d'un esprit d'observation très-distingué, et ce qui n'est pas moins rare, d'un esprit de saine critique. Il a jeté le plus grand jour sur l'histoire d'une affection fort imparfaitement connue parmi nous. V...x.

Recherches et considérations sur la constitution et les fonctions du col de l'utérus, dans le but d'éclairer l'étiologie des insertions placentaires sur cette région, et de conduire à un choix de moyens propres à combattre les hémorrhagies qui en sont les conséquences, par le Dr C. Négrier, directeur de l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Angers, etc. 1 vol. in-8° de 172 pages ; Paris, 1846. Chez Labé.

Les hémorrhagies utérines qui surviennent pendant la grossesse, et surtout celles qui résultent de l'implantation anomale du placenta sur le col de l'utérus, ont fixé de tout temps et avec grande

raison l'attention des médecins qui se sont occupés des accouchements. Où trouver, en effet, une étude plus digne d'intérêt que celle d'une maladie susceptible de compromettre en très-peu de temps l'existence de deux individus, d'une maladie dont la présence est toujours très-difficile à reconnaître, et dont les suites sont toujours très-fâcheuses? Il en est cependant de cette affection comme de beaucoup d'autres. Tout n'a pas été dit à son égard, et il reste encore bien des doutes à dissiper, bien des difficultés à résoudre. Fort de cette idée, l'honorable M. Négrier est venu ajouter le résultat de ses recherches aux recherches déjà connues. Il a parfaitement compris qu'il était impossible d'arriver à une explication rationnelle de ces hémorrhagies et à la détermination des meilleurs moyens curatifs sans la connaissance de toutes les conditions anatomiques et physiologiques de l'organe utérin, soit dans l'état de vacuité, soit dans l'état de grossesse, soit enfin dans l'acte de la parturition. Aussi a-t-il divisé son travail en trois parties : une première partie comprenant l'anatomie, la physiologie normale et pathologique; une seconde partie renfermant des faits et des considérations pratiques sur les hémorrhagies utérines; enfin une troisième partie dans laquelle il s'est occupé du traitement des hémorrhagies consécutives aux décollements du placenta. Il nous est impossible de suivre l'auteur pas à pas dans chacune des parties de son travail, et nous nous bornerons à reproduire quelques-unes des conclusions les plus importantes qui le terminent. Suivant M. Négrier, «l'orifice supérieur du col tend immédiatement et énergiquement à se contracter tout aussitôt qu'il n'est pas maintenu dilaté par l'œuf ou par le fœtus; seul, il met obstacle à la délivrance; seul, il peut produire l'incarcération du placenta, tandis que l'orifice inférieur, lorsqu'il a été dilaté entièrement et lentement, ne revient à son diamètre de repos que peu à peu et longtemps après.» M. Négrier a encore éclairci la manière dont s'opère le retrait du col utérin après l'accouchement; suivant lui, ce retrait n'a pas lieu de la même manière chez les femmes primipares et chez celles qui sont accouchées plusieurs fois. «Chez les primipares, dit-il, les orifices du col se resserrent avant les parois de cette cavité; chez les multipares, les lèvres de l'orifice externe se resserrent plus lentement que les parois du col; chez toutes les femmes, les parois du col se plissent d'abord de haut en bas. Ces plis perpendiculaires résultent du resserrement de l'orifice supérieur; ils ne sont entièrement effacés qu'au dixième jour après l'accouchement.»

Peu de sujets ont autant excité la sagacité et le génie inventif des accoucheurs que l'insertion vicieuse du placenta sur le col. Les opinions les plus bizarres et les plus contradictoires ont été mises en avant pour rendre compte de cette disposition morbide. Le poids de l'œuf, le manque d'adhérences de la poche anhyste en bas, la force d'impulsion des parois tubaires, l'écoulement prolongé du sang menstruel, sont des causes bien peu probables. L'explication de M. Négrier est-elle meilleure? nous en doutons. Rien ne prouve, en effet, que l'œuf fécondé puisse arriver dans la cavité utérine avant la formation de la membrane caduque; et, quant à l'œuf

non fécondé, il n'est rien moins que prouvé qu'il puisse être fécondé dans l'intérieur de l'utérus.

Mais hâtons-nous d'aborder la partie véritablement pratique du travail de M. Négrier, c'est-à-dire la thérapeutique des hémorrhagies qui suivent les décollements du placenta. M. Négrier a une grande confiance dans une pratique aujourd'hui peu répandue et qu'il s'est efforcé de réhabiliter; nous voulons parler du *tamponnement*. Ainsi, dans les hémorrhagies pendant la grossesse, il regarde le tamponnement du vagin comme le seul moyen efficace pour suspendre les hémorrhagies graves; de même dans les hémorrhagies qui surviennent pendant le travail, si le col ne permet pas les investigations, ou dans celles qui se montrent après l'accouchement. (Dans ce dernier cas, il agit ou comme excitateur des contractions, ou comme moyen obturant, suivant les parties qui fournissent l'écoulement sanguin.) L'auteur de ce travail ne s'interdit pas cependant les moyens mis ordinairement en usage; il emploie le seigle ergoté quand le travail puerpéral est lent, si le fœtus est bien situé et le bassin non vicié, tout en lui préférant cependant dans les cas ordinaires l'application du forceps ou la version podalique. La perforation de l'œuf lui paraît utile si le placenta est greffé au fond de l'utérus; mais il la rejette dans le cas de situation vicieuse du fœtus et de défaut d'ampleur du bassin. Il la repousse encore avec plus de force dans le cas d'insertion anormale du placenta sur le col, et il lui préfère dans cette dernière circonstance la version et même l'accouchement forcé. Sans doute, tout le monde ne partagera pas les convictions de M. Négrier; nous pensons également que l'anathème dont il a frappé une pratique aussi utile que la compression de l'aorte trouvera très-peu d'écho; mais il n'en est pas moins vrai que son travail est plein d'enseignements utiles, de faits intéressants, et, par-dessus tout, que c'est un travail éminemment consciencieux; c'est une qualité que la critique a trop rarement l'occasion de reconnaître dans les ouvrages de nos jours.

Coup d'œil général sur les thèses soutenues devant les Facultés de médecine de Paris, Montpellier et Strasbourg pendant l'année 1845.

Nous suivrons dans cette revue la même méthode que nous avons suivie dans le compte rendu des thèses de l'année 1844, c'est-à-dire que nous signalerons toutes les thèses qui présentent de l'intérêt à quelque titre que ce soit, renvoyant à la *Revue générale* les faits et les résultats généraux qui nous ont paru utiles à faire connaître en détail.

1° Thèses de Paris.

Pathologie et thérapeutique médicales.

De la médecine considérée dans son passé, dans son présent et dans son avenir; par le Dr Honoré Bourguignon. — Nous mentionnons cette thèse, bien plutôt à cause de l'importance du sujet, et du courage avec lequel l'auteur a abordé les questions les plus déli-

cats de la dignité professionnelle, que de la manière dont il a envisagé la partie historique de son travail et résolu les problèmes de l'organisation médicale.

De la thérapeutique générale; par le Dr Ch.-V. Racle. — Pour que les règles générales du traitement dans les maladies soient facilement et convenablement appliquées, il faut qu'à l'aide de caractères déterminés, on puisse reconnaître les conditions pathologiques auxquelles chacune de ces règles doit convenir. Ces caractères ne doivent être tirés que des phénomènes apparents des maladies, c'est-à-dire de leurs symptômes et des lésions organiques, à la connaissance desquelles le diagnostic anatomique permet d'arriver aujourd'hui. Or, dit l'auteur, en lisant les descriptions contenues dans tous les *traités de pathologie*, on est frappé de trouver un nombre considérable de faits, de détails, qui non-seulement ne servent en rien à leur diagnostic, et ne peuvent les caractériser comme espèces morbides, mais qui même empêchent que l'on en prenne une idée claire et bien déterminée. Ainsi donc, il peut exister dans toute maladie deux groupes de phénomènes qu'il importe essentiellement de distinguer: les uns caractéristiques ou *phénomènes propres;* les autres non caractéristiques ou *communs.* Ces derniers se retrouvent les mêmes dans toutes les maladies; ils sont nombreux: mais les analogies qu'ils ont entre eux permettent de les grouper, de les réunir en un certain nombre et de les faire ainsi rentrer tous dans un cadre très-restreint de groupes, auxquels il donne le nom d'*états pathologiques* ou d'*états morbides*, qui peuvent appartenir ou à l'état matériel de l'organisme ou bien à l'état fonctionnel; de là, deux classes naturelles de phénomènes communs: 1° ceux qui sont formés par des lésions organiques; 2° ceux qui sont constitués par des troubles fonctionnels. Ceux-ci forment huit groupes; *A* symptômes des prodromes; *B* état fébrile; *C* état inflammatoire; *D* état bilieux; *E* état muqueux; *F* état adynamique; *G* état nerveux; *H* état endémique. L'auteur suit ces divers états morbides dans la thérapeutique, et croit y trouver la preuve que le traitement de ces deux espèces de conditions pathologiques est parfaitement distinct... Est-il besoin de dire que nous sommes bien loin de partager des idées aussi absolues?

Recherches chronologiques ou rhythmiques sur la série des bruits et des silences normaux du cœur; par le Dr J.-W. Delucq. — Cette thèse, dans laquelle l'auteur a déployé une sagacité peu commune, est tellement hérissée de détails, que nous sommes forcés de nous borner aux conclusions qui la terminent: 1° *Bruits clairs;* leur durée est invariable, et équivaut *musicalement* à environ un tiers de seconde. 2° *Bruits obscurs;* leur durée n'est point fixe, et varie *musicalement* d'un sixième à un tiers de seconde. 3° *Grands silences;* leur durée présente des quantités très-variables qui sont en raison inverse du nombre des pulsations, et en raison directe de la longueur des périodes. Les variations s'étendent depuis environ un sixième de seconde jusqu'à une seconde dans l'état normal, et jusqu'à plusieurs secondes dans l'état de maladie. 4° *Petits silences;* leur durée présente des quantités variables qui sont en

raison du nombre des pulsations ou de la prolongation des bruits obscurs, et en raison directe de la longueur des périodes; les variations s'étendent depuis un maximum d'un tiers de seconde jusqu'à une quantité presque imperceptible dans l'extrême rapidité des pulsations ou dans l'extrême prolongation des bruits obscurs.

Essai sur les tumeurs solides intrà-thoraciques; par le Dr J.-M.-H. Gintrac. — Dans ce travail, l'auteur ne s'est occupé que des tumeurs développées dans le thorax, en dehors des organes importants qui y sont renfermés. Il les a divisées en tumeurs développées dans l'intérieur des plèvres; en tumeurs nées en dehors des plèvres, c'est-à-dire entre ces membranes et les poumons, entre ces membranes et les côtes, dans les médiastins; et enfin, en tumeurs qui ont eu les os du thorax pour point de départ, ou qui les ont envahis dans leurs développements. Cette thèse renferme 32 observations, dont quelques-unes fort intéressantes, et dont le rapprochement eût peut-être jeté quelque jour sur le diagnostic de ces tumeurs, si l'auteur n'eût eu l'idée malheureuse de grouper des faits aussi hétérogènes, sans établir des subdivisions fondées sur la nature même des produits pathologiques.

Recherches sur les concrétions sanguines des veines; par le Dr L.-F. Bidault. — L'auteur s'est proposé d'étudier les concrétions sanguines dans le système veineux, de les suivre dans leurs transformations diverses, de rechercher sous quelles influences elles se forment, à quels phénomènes elles donnent lieu, et quels sont les moyens de les reconnaître pendant la vie. Parmi les causes qui donnent le plus souvent lieu à ces concrétions, l'auteur signale les cachexies, et les maladies chroniques, accompagnées d'une débilitation profonde de l'organisme (phthisie, cancer, fièvre typhoïde, l'état inflammatoire du sang, et ce qu'on appelle l'*état puerpéral*); enfin, parmi les causes locales, la phlébite, les obstacles mécaniques à la circulation veineuse, et les tumeurs cancéreuses elles-mêmes, soit qu'elles se bornent à comprimer les veines, soit qu'elles pénètrent dans leur intérieur. Une circonstance assez remarquable, c'est que ces oblitérations occupent ordinairement le système veineux sous-diaphragmatique, et le membre inférieur gauche, plutôt que le droit. Ainsi, sur 50 cas réunis par M. Legroux, il y avait 11 cas d'oblitération de la veine cave inférieure, 27 cas d'oblitération dans les membres inférieurs, 6 oblitérations des sinus de la dure-mère, 4 de l'artère pulmonaire, et 2 du système veineux des membres supérieurs. Sur 27 cas d'oblitération des membres inférieurs, il y en avait 13 à gauche et 4 à droite; et l'auteur lui-même a vu, sur 14 cas, 10 oblitérations à gauche et 2 à droite. L'anatomie pathologique de ces concrétions est traitée avec beaucoup de soin; et l'auteur a étudié en particulier la manière dont la circulation collatérale rétablit le cours du sang; nous différons cependant d'opinion avec l'auteur, en ce qu'il regarde ces oblitérations comme sans danger, quand il y a une circulation supplémentaire; mais ce qui peut être vrai pour les veines des membres inférieurs ne nous paraît pas du tout applicable aux troncs veineux principaux, qui, comme la veine cave

inférieure, rapportent le sang d'une très-grande partie du corps. Le fait est que ces individus finissent presque toujours par succomber à des accidents intercurrents plus ou moins de temps après l'interruption de la circulation veineuse.

Du développement simultané de la variole et de la vaccine, et de leur influence réciproque; par le Dr E.-H. Clerault.—C'est une des thèses les plus consciencieusement faites de l'année. Si l'auteur n'a pas résolu toutes les difficultés de son sujet, c'est que les faits de cette espèce prêtent à des interprétations variées et que, dans l'état actuel des choses, il est impossible d'affirmer si l'affection varioleuse qui est à son début sera une variole véritable ou une varioloïde. De là un cercle vicieux dont il est impossible de sortir. Il n'en est pas moins vrai que les conclusions déduites par l'auteur de cette thèse ont une grande valeur : 1° lorsque la variole marche concurremment avec la vaccine, elle est ordinairement plus ou moins modifiée dans ses symptômes et ses caractères; sa marche est plus rapide, l'éruption plus discrète, et la fièvre secondaire ou de suppuration manque aussi; 2° réciproquement la vaccine est modifiée par la variole; l'éruption vaccinale est plus lente à se développer, l'aréole inflammatoire est plus étroite ou manque tout à fait, l'induration sous-cutanée est peu prononcée ou n'existe pas, les pustules sont plus petites, et les cicatrices qui se voient après la chute des croûtes n'offrent ni la profondeur ni l'aspect réticulé ou gaufré des vaccines régulières; 3° plus le développement de la vaccine sera avancé au moment de l'éruption variolique, plus la variole sera modifiée dans sa marche et dans ses caractères; et moins, au contraire, il y aura de modification pour la vaccine; 4° si la vaccination est pratiquée dans la période prodromique de la variole, peu de temps avant son éruption, plus la variole se rapprochera de son cours normal et plus aussi la vaccine offrira de changements dans sa marche et ses caractères; 5° les éruptions survenues à la suite de la vaccination et considérées comme éruptions vaccinales consécutives étaient le plus souvent des varioles modifiées par le seul fait de leur simultanéité avec la vaccine; 6° la vaccination pratiquée chez les enfants très-jeunes ou maladifs, dans les cas d'épidémie ou d'infection varioleuse, est aussi avantageuse que pour les adultes et les enfants d'un âge plus avancé et bien portants; et si la mortalité est plus considérable pour eux, c'est purement et simplement par le seul fait de la gravité de la variole elle-même à cet âge et dans ces conditions, ou bien par sa coïncidence avec d'autres maladies graves, sans qu'il soit besoin d'invoquer une relation de cause à effet.

Du diagnostic et du traitement de la pleurésie; par le Dr L.-H.-C. Damoiseau. — C'est, à peu de chose près, la reproduction du travail remarquable que l'auteur a publié sous ce titre dans ce journal, il y a quelques années (*Arch. gén. de méd.*, 1843).

De la péricardite et spécialement de son diagnostic; par le Dr T.-F.-M. Caradec. — Cette thèse résume d'une manière assez complète les connaissances que la science possède aujourd'hui sur cette maladie; à ce titre, elle pourra être consultée avec avantage.

Topographie médicale du Sénégal; un mot sur l'hépatite; par le Dr P.-M. Hervé. — On trouvera, dans cette thèse, des détails fort intéressants sur la topographie des colonies françaises du Sénégal, et sur les maladies du foie qui y exercent de si terribles ravages.

Notice sur l'épilepsie saturnine ou occasionnée par le plomb; par le Dr Bernard de Montessus. — Dans ce travail, l'auteur a cherché à tracer une histoire aussi complète que possible de cette terrible forme de l'intoxication saturnine, d'après les faits nombreux qu'il a pu recueillir dans les hôpitaux, et les quelques observations consignées dans divers recueils scientifiques.

Pathologie et thérapeutique chirurgicales.

Recherches sur la compression de la moelle épinière par les épanchements rachidiens; par le Dr Isid.-F. Bigot. — L'auteur a cherché à tracer l'histoire des épanchements rachidiens, quelle que soit la nature du liquide épanché. Il a étudié successivement l'anatomie pathologique des épanchements sanguins, purulents ou séreux, soit en dehors de la dure-mère, soit dans l'arachnoïde, soit dans la cavité sous-arachnoïdienne. Après avoir exposé les symptômes communs à tous les épanchements, il a essayé de faire connaître les symptômes au moyen desquels on pourrait diagnostiquer chaque espèce d'épanchement en particulier. Suivant lui, les épanchements sanguins se traduisent, dans le cas où ils surviennent subitement, par une douleur vive, instantanée, développée sur le trajet du rachis, dans le point correspondant à l'hémorrhagie, par une diminution de sensibilité, un engourdissement des membres qui peut aller quelquefois jusqu'à la paralysie si l'épanchement est assez abondant, sans trouble d'intelligence et sans état fébrile. Quand l'épanchement arrive par degrés, on observe une légère douleur spinale, de la faiblesse, de l'engourdissement des membres, quelquefois un commencement de paralysie dont l'intensité augmente graduellement. L'hématorachis traumatique se traduit de même par une douleur rachidienne, une paralysie des extrémités inférieures, du tronc, de la vessie, une gêne considérable de la respiration, et la mort dans un temps très-court. On a vu également la mort survenir avant l'apparition des accidents paralytiques; le plus souvent, cependant, il y a un instant d'amélioration; l'intelligence, la motilité, la sensibilité, renaissent dans les parties supérieures du tronc; mais les membres inférieurs, la vessie, l'intestin, restent paralysés. Si l'épanchement continue, la douleur spinale augmente d'intensité et se propage dans le trajet du rachis, soit en haut soit en bas; la paralysie augmente; il survient de l'agitation, du délire, et bientôt la mort. L'hématorachis se distingue de la méningite spinale par sa marche brusque, la persistance des accidents et la présence de la paralysie, qui est nulle ou très faible dans l'autre maladie. On comprend qu'il n'est pas aussi facile de distinguer les épanchements séreux et purulents les uns des autres; et l'on conçoit que les altérations concomitantes de la moelle peuvent encore ajouter à la difficulté du diagnostic.

Des hernies ombilicales et de la ligne blanche; par le Dr Ch.-V.-G. Fournier de Lempdes. — Nous extrayons de cette thèse remarquable les propositions les plus intéressantes : les hernies ombilicales se placent en haut ou à droite de cette cicatrice, quelquefois inférieurement, mais rarement à gauche (sur près de 20 hernies ombilicales, l'auteur n'en a rencontré aucune au côté gauche de l'ombilic). Il a fait la même remarque sur les hernies de la ligne blanche, qui lui ont paru s'établir plutôt à droite qu'à gauche de cette ligne médiane. Les hernies de la ligne blanche qui ont lieu dans le voisinage de l'ombilic se distinguent de celles qui ont lieu par cette dernière ouverture, à ce que l'ouverture qui leur donne passage est très-allongée dans la direction ordinaire de la ligne blanche et offre des bords minces et flasques, tandis que l'anneau ombilical, lorsqu'il donne issue à une hernie, est le plus souvent circulaire; et s'il devient ovale, il sera toujours moins allongé et conservera ses bords résistants. Le lieu où les parois abdominales paraissent offrir le moins de difficultés à la formation des hernies ventrales se trouve être la gaîne des muscles droits en dedans et en dehors de ces muscles, aux environs de la région ombilicale. Il y a dans la marche que suivent ces hernies une certaine analogie avec celle des inguinales. La hernie ventrale commence, en effet, comme l'inguinale, par traverser une ouverture interne ou postérieure, établie fortuitement dans le feuillet postérieur de la gaîne des muscles droits, puis par faire saillie à l'extérieur en tendant et en éraillant le feuillet antérieur. Cette thèse est terminée par de curieux détails sur les appareils contentifs qui ont été proposés contre ces hernies, et par la description d'un nouveau bandage que l'auteur regarde comme bien supérieur à tous ceux déjà connus. Ce bandage se compose d'une ceinture, d'un écusson; mais la partie vraiment importante est la pelote qui présente une éminence allongée, qui varie en longueur de 10 à 16 centimètres, tandis que sa largeur est de 1 à 4 centimètres; elle a la forme d'un prisme à trois faces, dont les extrémités sont arrondies, et par conséquent trois bords dont deux sont représentés par ceux de la tôle sur laquelle est fixée la pelote, et le troisième par le dernier coussin qui doit porter sur les téguments.

De la paralysie du muscle grand dentelé; par le Dr Cyrille Desnos. (Voy. *Revue générale*, juin 1846.)

Des solutions de continuité traumatiques des os dans le jeune âge; par le Dr P.-A.-Alph. Salmon. (Voy. *Revue générale*, juin 1846.)

Recherches sur l'anévrysme de l'artère poplitée; par le Dr C.-E. Figuière. — Thèse remarquable par la manière large avec laquelle l'auteur a envisagé son sujet, et par les observations intéressantes qu'il a réunies dans son travail.

Des causes de la mort après la cystotomie périnéale; par le Dr H. Meurgey. — Cette thèse se fait remarquer par des recherches consciencieuses, et par une exposition claire et à peu près

complète des circonstances qui peuvent rendre mortelle l'opération de la taille.

De la fistule vésico-vaginale ; quelques considérations sur les fistules vésico-utérines et urétéro-utérines ; par le Dr H.-A. Trifet. — Nos lecteurs se rappellent probablement l'observation publiée par M. Trifet dans ce journal (*Arch. gén. de méd.*, sept. 1845). La partie thérapeutique de cette thèse est fort bonne ; mais, en outre, on y trouve une observation des plus curieuses de fistule urétéro-utérine, qui a déjà pris sa place à la *Revue générale*, juin 1846.

Considérations générales sur les tumeurs fibreuses et polypes fibreux de la matrice ; par le docteur A.-F.-P. Laroche. — L'auteur de cette thèse a présenté un résumé assez complet de l'histoire des tumeurs fibreuses ; des observations intéressantes, puisées dans le service de son maître, M. Lisfranc, viennent à l'appui des diverses propositions qu'il a cherché à démontrer.

De l'extrophie ou extroversion de la vessie ; par le Dr J.-A. Jamain. — Cette thèse sera consultée avec fruit : elle renferme un résumé assez complet de l'état actuel de la science et des observations intéressantes.

De l'éléphantiasis des parties génitales ; par le Dr E.-J. Bergeron. — C'est une monographie pleine d'intérêt à laquelle nous avons emprunté une observation importante recueillie dans le service de M. Lenoir. (Voy. *Revue générale*, juin 1846.)

Obstétrique et maladies des femmes en couches.

Recherches sur la composition du sang dans les fièvres puerpérales ; par le Dr Et.-Édouard Hersent. — De jour en jour, l'opinion qui voulait faire de la fièvre puerpérale une inflammation du péritoine et de la matrice perd du terrain devant une opinion plus ancienne, mais plus rationnelle, qui voit dans cette maladie un état morbide spécial, dont l'influence délétère amène une perturbation profonde dans l'organisme. Il était naturel d'aller chercher dans l'état du fluide circulatoire les conditions particulières qui entretiennent cet état morbide. Sans rien préjuger sur ce point, nous dirons que M. Hersent est arrivé aux conclusions suivantes : 1° la modification appréciable du sang dans la fièvre puerpérale grave consiste dans une forte augmentation de l'eau, une diminution extrêmement considérable des globules, enfin dans une diminution également très-grande de l'albumine ; 2° plus ces modifications sont faibles, moins la maladie est grave ; 3° le sang conserve généralement toute sa proportion de fibrine, et même plus ; par conséquent, il n'est pas diffluent, comme on le pense généralement ; 4° il y a néanmoins un petit nombre de cas dans lesquels cette diffluence se rencontre par suite de la forte diminution de la fibrine, sans que l'on puisse faire de cette altération quelque chose de caractéristique ; 5° la viciation du sang préexiste proba-

blement au développement de la maladie; mais elle ne peut pas être considérée comme sa cause. Cependant son existence augmente beaucoup la gravité de l'état morbide... Il nous suffit de la dernière conclusion pour être certain que nous ne tenons pas encore l'*ultima ratio* de la fièvre puerpérale.

Sur une épidémie de péritonite chez les femmes en couches, survenue à l'hôpital de la Charité de Lyon au commencement de l'année 1845; par le Dr Alph. Hugener.—Cette épidémie a présenté cela de remarquable que l'utérus, les veines et les lymphatiques n'offraient aucune altération, du moins dans l'immense majorité des cas; le péritoine seul était affecté. Cette épidémie s'est développée subitement à la fin de janvier 1845, par un temps rigoureux. La plupart des médications ont échoué; les frictions mercurielles seules ont compté quelques succès.

Annonces bibliographiques.

Lettres de Gui Patin; nouvelle édition augmentée de lettres inédites, précédée d'une *Notice biographique*, accompagnée de remarques scientifiques, historiques, philosophiques et littéraires, par le docteur J.-H. Réveillé-Parise, et avec un *portrait* et le *facsimile* de l'écriture de Gui Patin. Paris, 1846; in-8°. (Les tomes I et II, in-8°, sont en vente; prix de chaque, 7 fr. Le tome III et dernier paraîtra fin août.) Paris, 1846; in-8°, pp. 604. Chez J.-B. Baillière.

Essai sur les fonctions du foie et de ses annexes, par M. Blondlot, D. M. 1 vol. in-8°, pp. VIII-139; prix : 3 fr. A Paris, chez Victor Masson.

Compendium de médecine pratique, ou *exposé analytique et raisonné des travaux contenus dans les principaux traités de pathologie interne*, par MM. Ed. Monneret et Louis Fleury. Tome VII, 20e livraison (PLY-SIN); prix : 3 fr. 50 cent. Paris, 1846; in-8°. Chez Bechet jeune.

Rignoux, Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue Monsieur-le-Prince, 29 *bis*.

ARCHIVES GÉNÉRALES

DE MÉDECINE.

Août 1846.

MÉMOIRES ORIGINAUX.

DE LA PÉRITONITE CHEZ LES ENFANTS NOUVEAU-NÉS;

Par le Dr **Thore**, *ancien interne des hôpitaux, lauréat de la Faculté de médecine de Paris, membre de la Société anatomique, etc.*

Malgré les incontestables progrès qu'a faits depuis quelques années la pathologie de la première enfance, il reste encore un certain nombre d'affections qui n'ont point été étudiées avec tout l'intérêt qu'elles méritent : la péritonite est de ce nombre, et l'on doit s'étonner à bon droit de la voir si complétement négligée, même dans les ouvrages les plus récents.

On ne peut guère s'attendre à la trouver mentionnée dans les écrits des médecins du siècle dernier, à une époque où la péritonite de l'adulte était à peine connue. Chambon, Rosen, n'ont point soupçonné son existence ; Underwood paraît en avoir constaté les caractères anatomiques, sans toutefois l'avoir décrite ; Burns l'a connue, car, à propos de l'érysipèle dont il signale la gravité, il fait remarquer que l'espèce la plus fâcheuse, celle qui commence par le pubis, devient sou-

vent mortelle, parce que le péritoine participe à la maladie. A propos de l'hépatite, il signale des altérations anatomiques qui appartiennent évidemment à la péritonite : « En examinant, dit-il, le corps des enfants qui sont morts de cette maladie (l'hépatite), on trouve souvent la surface du foie, quelquefois seulement celle qui est convexe, d'un rouge foncé, avec une exsudation d'une lymphe blanche, ressemblant à la pellicule d'une partie soumise à l'action du vésicatoire..... Le foie n'est point nécessairement affecté ni sa substance altérée. » (*Traité des accouchements,* liv. IV, chap. 20.)

D'ailleurs, on ne trouve point dans son ouvrage de description de la maladie qui nous occupe.

Elle n'a été réellement faite pour la première fois que par Dugès. On trouvera dans sa thèse, trop rarement consultée, sur les maladies des enfants nouveau-nés, des considérations fort importantes sur la péritonite. Il les a reproduites dans le Dictionnaire en 15 volumes (t. XII, p. 588), sans y rien ajouter de bien nouveau. C'est assurément à ce médecin que l'on doit le peu que l'on sait sur cette maladie.

Billard, tout en avançant que l'inflammation du péritoine est plus commune qu'on le pense, ne rapporte que deux observations, d'ailleurs fort succinctes.

La péritonite a été décrite avec soin chez le fœtus par M. Simpson; les *Archives générales de médecine* (1838, t. III, p. 444) contiennent le résumé des vingt-quatre observations qu'il a recueillies.

Depuis la publication de ces travaux, la science est restée tout à fait stationnaire. Que l'on ouvre les traités assez nombreux qui ont paru depuis quelques années sur les maladies des enfants, et l'on verra que la plupart n'en font pas même mention, ou se contentent de quelques lignes empruntées au médecin que nous venons de citer.

M. Richard, de Nancy, semble avoir ignoré les travaux

de ses devanciers, et avoir confondu la péritonite avec l'hépatite.

Les ouvrages de MM. Maunsell et Evanson, Berton et Stœber, sont tout à fait muets sur ce point.

MM. Rilliet et Barthez ne parlent point de la péritonite des nouveau-nés, et M. Barrier se borne à citer un passage du traité de Billard.

M. Valleix ne fait pas mention de la péritonite dans sa *Clinique des enfants nouveau-nés.* Il pense (*Guide du médecin praticien,* t. VI) qu'il n'y a point lieu de faire une espèce à part sous le nom de *péritonite infantile*, et il résume ainsi son opinion sur cette maladie :

« Nous voyons, dit-il, que les enfants ne présentent que très-rarement la péritonite simple spontanée, et que même il n'est pas parfaitement démontré que cette maladie se soit développée chez eux uniquement sous l'influence de causes non traumatiques, ou de l'extension de l'inflammation. » (*Loc. cit.*, p. 429.)

Enfin, M. Bouchut n'a recueilli que deux faits de péritonite chez les enfants nouveau-nés, et l'article fort court qu'il consacre à cette affection fait voir tout ce qui reste encore à faire pour la mieux connaître.

Il semblerait, d'après tout cela, que la péritonite, à cette époque de la vie, est chose fort rare et que l'on ne rencontre qu'exceptionnellement. Il n'en est point tout à fait ainsi, et l'on peut la regarder comme assez fréquente, d'après Chaussier et madame Boivin, qui l'ont observée à la Maternité, et d'après M. Simpson, qui a recueilli neuf faits dans l'espace de trois mois.

Pour ma part, j'ai, pendant une seule année, réuni soixante-trois observations (sur mille autopsies environ) relatives à cette maladie ; elles servent de base à ce travail. Elles ont été prises à l'hospice des Enfants trouvés, dans le service de

M. Baron, auquel je suis heureux de pouvoir payer ici un juste tribut de reconnaissance.

Quelques mots sont nécessaires pour donner une idée exacte de la valeur de ces observations, et pour expliquer le défaut de concordance que l'on pourra remarquer dans les résultats numériques cités dans ce mémoire.

Les enfants, au moment de leur admission, sont placés dans une vaste salle appelée *crèche,* et y restent jusqu'au moment où ils sont confiés aux soins d'une nourrice. S'ils tombent malades pendant cet intervalle, ils sont envoyés à l'infirmerie, où l'on peut les examiner avec soin; mais il arrive souvent qu'il n'y a point assez de lits vacants pour les recevoir, ou qu'ils succombent trop rapidement pour qu'on ait le temps de les y placer. Ils échappent donc à l'observation, et il faut se résigner à un simple examen nécroscopique, que d'ailleurs nous n'avons jamais négligé de faire.

Je possède donc une série de faits qui ne peuvent être utiles que sous le rapport de l'anatomie pathologique, tandis que dans les autres on a pu apprécier les symptômes qui se sont manifestés pendant la vie.

DÉTAILS ANATOMIQUES.

1° *Appareil digestif.*

Péritoine; lésions de la membrane séreuse. — Rougeur. Elle s'observe toutes les fois que la maladie n'a point eu une longue durée, et elle disparaît assez rapidement : nous l'avons notée 27 fois. Elle a toujours existé sur les circonvolutions intestinales; une seule fois elle était générale et occupait toute l'étendue du péritoine. A l'exception de 5 cas, elle était limitée à quelques parties isolées de l'intestin grêle, et de préférence au point de contact de ses anses. On l'a vue

aussi disséminée sur différents points du péritoine pariétal, aux régions splénique et hépatique. Dans un cas de phlébite ombilicale, la rougeur était très-vive dans le voisinage du foie et dans tout le trajet de la veine. Dans une péritonite herniaire, elle était brusquement arrêtée à l'anneau inguinal.

L'injection a toujours été d'un rouge vif ou d'un beau rose, le plus souvent sous forme de pointillé extrêmement fin ; ou bien arborisée, à lacis assez large ; une fois elle était disposée par lignes parallèles et très-rapprochées les unes des autres. Au point de contact des anses de l'intestin grêle, elle se présentait sous la forme de plaques ovalaires ou circulaires, qui se correspondaient mutuellement.

16 fois elle existait seule et sans autre lésion anatomique ; dans les autres cas, en même temps que des pseudomembranes (5) molles et jaunâtres (4), épaisses et nombreuses (2).

Produits de sécrétion. Presque constamment on rencontre dans la cavité du péritoine des produits de sécrétion liquides, de nature et d'aspect différents ; 7 fois nous avons noté leur absence. Dans les autres cas, on trouvait une sérosité sanguinolente (9) avec des pseudomembranes (2), ou bien une sérosité purulente (7), dans laquelle nageaient de nombreux flocons fibrineux ; une seule fois elle était limpide et de couleur citrine. Jamais nous n'avons noté l'existence d'un liquide jaune-verdâtre, épais, crémeux, ressemblant à un véritable pus phlegmoneux, ainsi qu'on paraît l'avoir observé chez des enfants plus avancés en âge.

Ordinairement le liquide était réuni dans les parties déclives, dans l'intervalle des circonvolutions intestinales, dans les fosses iliaques, assez rarement dans la cavité du petit bassin ; sa quantité a varié de 30 à 180 grammes, le plus souvent elle était de 120 grammes. En général, elle ne distendait point les parois de l'abdomen, et ne s'échappait point avec rapidité au moment où l'on en faisait la section.

Pseudomembranes. Dans la péritonite commençante, avant qu'il y ait des fausses membranes, on trouve en différents points un liquide d'une viscosité très-grande, d'un blanc sale, semblable au mucilage de pépins de coing; il rendait la membrane séreuse poisseuse au toucher, et s'étendait en longs filaments lorsqu'on cherchait à séparer les différentes parties sur lesquelles on l'observait; il était souvent assez épais pour déterminer le commencement d'adhérences déjà solides. Il se rencontrait de préférence entre les circonvolutions de l'intestin grêle; assez souvent encore il unissait le foie et la rate au péritoine pariétal. Cet état visqueux du péritoine a été noté 7 fois seulement d'une manière isolée; 5 fois on trouva en même temps des pseudomembranes molles, mais déjà bien formées.

A un degré plus avancé, la péritonite est caractérisée par des pseudomembranes minces et très-peu consistantes (23), formant une pellicule que l'on détruit avec facilité. Leur couleur est d'un blanc jaunâtre; quelquefois elles ont la couleur jaune des produits de sécrétion plus avancés.

Dans tous les autres cas, les pseudomembranes étaient d'un beau jaune, nageant en flocons dans le liquide épanché, formant une couche compacte, quelquefois générale, entourant les principaux viscères et leur fournissant une sorte d'enveloppe; s'étendant sur toute la masse intestinale, couvrant ses circonvolutions et remplissant les intervalles qui les séparent. Leur épaisseur ordinaire varie d'un ½ millimètre à 2 millimètres; mais elle devient souvent beaucoup plus considérable: elle forme une masse épaisse dans laquelle sont plongés les intestins. A la face concave du foie, on voit les anses de l'intestin qui y correspondent y laisser des impressions très-prononcées en forme de doigt, comme dans un moule. Ces digitations ont été plusieurs fois remarquées; elles ont quelque chose de tout à fait spécial: elles finissent même par acquérir une densité telle, qu'elles semblent être

lardacées et comme squirrheuses, même lorsque la péritonite paraît exister depuis peu de temps.

Obs. I.—*S. érysipèle, péritonite, pseudomembranes très-épaisses.* — Sudre, garçon, âgé de 13 jours, meurt le 18 avril 1842 à la Crèche sans avoir pu être observé par nous. — Il présente sur le ventre des traces d'érysipèle. Les joues et les environs de la bouche ont une teinte verte, manifestement due à des vomissements porracés qui ont eu lieu pendant la vie. On trouve, à l'ouverture du ventre, 4 cuillerées de sérosité d'un jaune rougeâtre, non limpide. Il y a sur la face externe du foie une couche de pseudomembranes jaunâtres; leur épaisseur est beaucoup plus grande à la face concave de cet organe, et elles forment dans ce point une couche très-compacte, dans laquelle les anses de l'intestin ont laissé plusieurs impressions très-profondes en forme de doigt de gant. On trouve quelques pseudomembranes sur la rate; il n'y en a point sur les intestins, qui ne sont pas adhérents: ils sont le siége d'une injection fine dans les points où ils se touchent; ils sont très-distendus par des gaz. La veine ombilicale est saine; on n'a rien eu à noter qu'une inflammation occupant le tiers postérieur du poumon. Il existe un gros caillot jaunâtre dans l'oreillette droite.

L'érysipèle occupe toute la paroi de l'abdomen, et s'élève jusqu'au niveau de l'ombilic. Le tissu cellulaire sous-cutané est infiltré de sérosité à la partie inférieure du ventre, au voisinage du pubis. Le scrotum et la verge sont infiltrés également.

Nous n'avons recueilli sur cet enfant que des notes fort incomplètes à l'égard de ses antécédents. Il n'avait jamais été bien portant depuis sa naissance; il était faible et affaissé, presque continuellement endormi. C'est douze ou quatorze heures avant la mort que l'érysipèle s'est développé au-dessus du pubis, et de là il s'est étendu avec rapidité sur tout l'abdomen. A une époque très-rapprochée de la mort, le ventre s'est fortement météorisé, et il y a eu des vomissements porracés.

Obs. II. — *S. érysipèle, péritonite, pseudomembranes très-épaisses.* — Van, garçon, âgé de 16 jours, est entré le 15 décembre 1842 et placé à l'infirmerie au n° 26.

Il présentait un endurcissement intense des extrémités inférieures et un érysipèle qui occupait à la fois le ventre, le dos et la partie supérieure des cuisses. Il succomba le lendemain matin, sans qu'on ait pu noter l'existence d'autres symptômes.

A l'autopsie, on trouve des traces d'érysipèle sur les points déjà indiqués. Aux membres inférieurs le tissu cellulaire sous-cutané est infiltré et distendu par une sérosité jaune et très-abondante ; le tissu graisseux sous-dermique est blanchâtre, très-compacte; on en exprime quelques gouttes de sang. Les poumons et le cœur ne présentent rien de remarquable. Il existe de fausses membranes très-épaisses, jaunâtres, très-abondantes, sur la face concave du foie ; elles forment dans ce point une couche sur laquelle se dessinent des impressions digitales profondes dues à la présence de plusieurs anses d'intestins agglutinées, et sur lesquelles la pseudomembrane s'est exactement moulée. On trouve aussi des fausses membranes sur la rate et les intestins grêles, qui sont tous réunis en une seule masse et fortement adhérents entre eux. La veine ombilicale est entourée d'une épaisse couche pseudomembraneuse ; elle paraît saine d'ailleurs.

Les pseudomembranes ne se trouvent point, il s'en faut de beaucoup, également répandues sur tous les organes contenus dans l'abdomen. Il en est quelques-uns sur lesquels elles semblent s'accumuler de préférence : c'est surtout dans la région diaphragmatique et autour de la veine ombilicale. Il est extrêmement rare de les voir bornées au péritoine pariétal, et on les rencontre presque constamment sur le foie et la rate. Ainsi on les a trouvées sur ces deux organes en même temps 19 fois : 10 fois sur la rate seulement, et 7 fois sur le foie seulement ; 11 fois elles existaient en même temps sur le foie, la rate et les intestins ; enfin sur les intestins seulement, 3 fois.

Cette sorte de prédilection qu'ont les fausses membranes pour le foie et la rate est telle, que, lorsqu'on ne les y trouve point, on peut presque assurer qu'il n'en existe point ailleurs. Il y a cependant à cet égard quelques exceptions, mais elles sont fort rares. Ce n'est aussi que fort rarement qu'on les voit

bornées au péritoine pariétal. Une seule fois une pseudo-membrane recouvrait toute la région hépatique du péritoine pariétal, tandis que la surface convexe du foie n'en offrait aucun vestige. Cette disposition des produits pseudomembraneux appartient d'une manière toute spéciale à la péritonite observée chez les enfants nouveau-nés, et nous avons cru devoir la signaler avec quelque insistance ; elle s'explique d'ailleurs à merveille par le travail de séparation du cordon ombilical, l'inflammation qui souvent l'accompagne, et par la continuité qui existe en quelque sorte entre la peau et la membrane séreuse de l'abdomen à cette époque de la vie. On comprend aussi comment les fausses membranes s'amassent de préférence sur des organes à peu près fixes, dont les scissures et les inégalités présentent de faciles points d'attache, tandis qu'au contraire il faut qu'elles soient très-abondantes pour se fixer sur l'estomac et les intestins, dont la mobilité favorise peu leur dépôt.

La marche très-rapide de la péritonite ne permet point aux fausses membranes de s'organiser de manière à former des adhérences. Cependant, dans un certain nombre d'autopsies d'enfants qui ont succombé à d'autres maladies, nous avons constaté que la rate adhérait d'une manière très-intime à la paroi abdominale correspondante. Une fois chez un enfant de 13 mois, mort à la suite d'une pneumonie, nous avons trouvé que la surface externe du lobe droit du foie adhérait tellement au péritoine pariétal, qu'il s'arrachait en même temps qu'on enlevait cet organe. — Nous avons aussi observé des adhérences de la rate et du foie à la paroi abdominale chez un enfant mort peu de temps après sa naissance ; il y avait, de plus, des adhérences très-intimes entre les circonvolutions intestinales, et un rétrécissement de toute l'étendue de l'intestin, qui était évidemment le résultat d'une péritonite. Nous relaterons plus loin cette observation intéressante.

Bouche et œsophage. 9 enfants étaient atteints de muguet; 2 ne présentaient plus à l'autopsie aucune trace de maladie; chez les 7 autres, il était borné à la cavité buccale (4), et occupait la langue, la face interne des joues et jusqu'au voile du palais, ou bien (3) il s'étendait jusque dans l'œsophage, dont la muqueuse était d'un rouge violacé.

Estomac. Ordinairement distendu par des gaz qui lui donnaient un volume considérable, quelquefois presque vide ou contenant une quantité assez variable d'un liquide jaune ou verdâtre. La muqueuse stomacale était rose et ferme (6), injectée par un pointillé fin et d'un rouge vif, sans diminution de sa consistance (7), ou ramollie en même temps (4). 2 fois on a trouvé des ecchymoses violacées de forme circulaire, qui donnaient un aspect tigré à toute la face interne de l'estomac; elle était grisâtre et ramollie dans 2 cas. Enfin, on a noté le ramollissement gélatiniforme presque général, avec perforation.

Intestin. La muqueuse intestinale était généralement pâle et d'assez bonne consistance; elle offrait une teinte rosée, uniforme (4), et dans 3 cas seulement une injection très-prononcée. Il n'est pas très-rare de trouver, dans une grande partie de l'intestin grêle, et surtout vers sa fin, des follicules agminés, sous forme de plaques nombreuses, pâles, faisant un relief bien marqué au-dessus du niveau de la muqueuse; leur surface était lisse et égale, et on les distinguait avec la plus grande facilité. 2 fois ces plaques étaient le siége d'une injection très-vive. — Nous n'avons aucune remarque à faire sur l'état du gros intestin, sinon que 5 fois on a noté l'existence des follicules isolés, très-saillants et pâles.

Foie, rate et reins. Le foie a été trouvé 3 fois très-congestionné, d'un rouge foncé; à la section, il s'écoulait une quantité considérable de sang. Il était 2 fois complétement ramolli, ainsi que la rate et les reins. Ces derniers organes était très-fortement injectés et d'un rouge intense

dans deux observations; dans quatre autres, les cônes étaient remplis d'une matière d'un jaune éclatant, qu'on retrouvait mélangée à l'urine dans les calices et le bassinet.

Dans les autres faits, ces organes, non plus que la vessie, ne présentaient rien qui fût digne d'etre noté.

Capsules surrénales. Nous les avons trouvées 1 fois extrêmement volumineuses, d'un rouge foncé; il s'en écoulait à la section un liquide brunâtre très-abondant; les reins étaient à l'état normal. Dans un autre fait, elles étaient très-volumineuses, ramollies, et leur cavité était remplie par une sorte de bouc sanguinolente. Le volume de la capsule gauche était surtout considérable; elle avait 2 centimètres et demi de hauteur sur 3 et demi de largeur. Avant même de les inciser, il était facile de reconnaître qu'elles étaient distendues par une grande quantité de liquide; l'enveloppe était mince et jaunâtre; tout le tissu cellulaire ambiant était infiltré par de la sérosité gélatiniforme. Dans une troisième observation, nous avons trouvé une altération fort rare et fort intéressante d'une capsule surrénale, qui paraît avoir été le point de départ de l'inflammation du péritoine, et sur laquelle nous reviendrons à propos des causes.

2° *Appareil respiratoire.*

Les bronches n'ont rien présenté qui méritât d'être noté.

Poumon et plèvres. Dans un tiers des cas, il existait une inflammation plus ou moins étendue du poumon et de la plèvre; 1 fois seulement elle était double. Dans les autres cas, elle était limitée au lobe supérieur droit (1) ou à sa moitié postérieure (2); elle occupait le quart postérieur de tout le poumon droit (2), tout le lobe inférieur droit (1), tout le lobe inférieur gauche (1).

La pleurésie a été presque aussi fréquente que la pneumonie : 1 fois elle accompagnait une double pneumonie, 1 autre fois une pneumonie gauche, 7 fois elle existait sans la

moindre inflammation concomitante du parenchyme pulmonaire.

La fréquence de la pleurésie mérite de nous arrêter un instant.

M. Valleix (*Clinique,* p. 199) l'a regardée comme très-rare, et ne l'a jamais rencontrée sans être accompagnée d'inflammation du poumon.

Billard n'en rapporte que deux exemples, et M. Bouchut deux aussi de pleurésie primitive, et sur 23 cas de pleurésie secondaire, 8 seulement ne coïncidaient point avec une pneumonie soit aiguë, soit tuberculeuse.

M. Ch. Baron a trouvé, chez les enfants âgés de 1 jour à 2 ans, que la proportion est d'un peu moins d'un seizième pour les pleurésies évidentes; sur 3,392 autopsies, il a trouvé 205 pleurésies incontestables, et 79 altérations pleurétiques probablement non inflammatoires. (Thèse, p. 52.)

La proportion de pleurésies que nous avons rencontrées est assurément fort considérable, quand on les compare aux résultats obtenus par d'autres observateurs. Une chose digne de remarque, c'est que tous les faits d'inflammation isolée de la plèvre ont été recueillis par nous sur des enfants atteints de péritonite, et il est probable que c'est sous une même influence que ces deux affections se sont simultanément développées. Nous allons en citer quelques exemples.

Obs. III. — *S. muguet, péritonite, pleurésie droite.*— Guillemot, garçon, né le 18 mai 1842, est mort à la crèche de l'hospice des Enfants-trouvés le 30 du même mois, à six heures du soir.

Il n'a pu être examiné que dans la matinée du jour où il a succombé. On a constaté qu'il était atteint de muguet, que le ventre était tendu, douloureux à la pression, et qu'il y avait autour de l'ombilic une rougeur érysipélateuse peu étendue. Des vomissements d'un liquide verdâtre avaient eu lieu.

A l'autopsie, faite le lendemain de la mort, on trouve une péritonite intense caractérisée par un liquide séro-purulent très-abon-

dant, dans lequel nageaient des flocons pseudomembraneux. Des pseudomembranes assez épaisses s'étendaient sur le foie et faisaient adhérer entre elles les circonvolutions intestinales; celles-ci se moulaient, sous forme de digitations profondes, dans une couche très-épaisse située à la face concave du foie, la face convexe de la rate étant entièrement couverte par une épaisse couche albumineuse.

La bouche et l'œsophage, dans son tiers supérieur, présentaient des plaques de muguet disséminées et jaunâtres; on en retrouvait d'autres aussi à sa partie inférieure, près du cardia. La muqueuse de l'estomac était d'un rouge vif, assez vivement injectée. Des valvules conniventes existaient jusqu'à la fin de l'intestin grêle; près du cœcum se voyaient des plaques saillantes inégales, siége d'une injection fine. Les tubes rénaux étaient fortement injectés.

Il existait, de plus, une pleurésie du côté droit, caractérisée par des pseudomembranes molles, minces, de couleur jaunâtre; elles existaient sur les plèvres pulmonaire et pariétale, qui étaient couvertes d'un réseau fin et délié. Le poumon droit était d'un rouge sombre, crépitant, souple, parfaitement sain.

Le cœur est volumineux et rempli d'un sang fluide et noirâtre; le trou de Botal est complétement oblitéré. Le canal artériel est dilaté et forme, près de son insertion aortique, une ampoule du volume d'un gros pois; sa longueur est de 1 centimètre et demi; il est rempli par un caillot jaunâtre très-adhérent, et qui ferme toute communication entre l'aorte et l'artère pulmonaire.

Obs. IV. — *S. péritonite, pleurésie droite.* — Lefèvre, fille, née le 19 décembre 1842, décédée le 22 du même mois à sept heures et demie du soir, n'a pu être observée pendant sa vie, et nous n'avons pu obtenir le moindre renseignement sur sa maladie.

On trouve à l'autopsie une péritonite très-intense; pseudomembranes épaisses, élastiques, résistantes, déposées en grande quantité à la fois sur le péritoine pariétal, sur les intestins, dont elles agglutinent les anses, et sur la face concave du foie, surtout dans le sillon antéro-postérieur et autour de la veine ombilicale. Elles forment dans ce point une masse assez considérable; elles sont plus rares sur la rate, et plus prononcées sur sa circonférence. On trouve une injection pointillée dans les endroits où les circonvolutions intestinales se touchent. Le foie est pâle et con-

tient peu de sang; la rate est volumineuse et presque diffluente; les reins sont pâles. Le reste de l'appareil digestif ne présente rien à noter.

La plèvre droite est couverte de pseudomembranes minces et molles, mais seulement sur le feuillet pulmonaire; la plèvre pariétale est rouge et le siége d'une injection arborisée. Le poumon est parfaitement sain.

Le cœur et les bronches sont à l'état normal.

Le cerveau est pâle et d'une bonne consistance.

Obs. V. — *S. péritonite, pleurésie droite.* — Letaudis, garçon, âgé de 2 jours, entré le 2 décembre 1842, est décédé le 13 sans avoir été examiné.

A l'autopsie, on trouve une pleurésie du côté droit; la plèvre contient une assez grande quantité de sérosité purulente; des pseudomembranes épaisses, molles, d'un jaune vif, adhèrent aux deux feuillets; la plèvre costale est fortement injectée. Le poumon est tout à fait sain. Le poumon gauche et la plèvre ne présentent rien de particulier, non plus que le cœur.

Il existe de plus une péritonite des mieux caractérisées. Épanchement de liquide purulent épais, dans lequel nagent des fausses membranes qui couvrent également l'intestin grêle, et déterminent l'adhérence de ses circonvolutions; d'autres, plus épaisses, recouvrent la face convexe du foie et de la rate, ainsi que le péritoine pariétal qui correspond à ces viscères. Toute la fin de l'intestin grêle présente une coloration violacée qui s'arrête brusquement au cœcum; elle est due à un épanchement sanguin qui a eu lieu dans l'épaisseur des tuniques de l'intestin et dans tout le mésentère qui lui correspond: cette hémorrhagie paraît due à une lésion de l'artère mésentérique supérieure, ou plutôt à ses divisions, car l'artère elle-même a été trouvée intacte. Il n'y a pas d'épanchement sanguin dans l'abdomen.

Obs. VI. — *S. muguet, péritonite, pleurésie gauche.* — Un garçon, âgé de quelques jours, est décédé à la crèche le 13 août 1842. Il avait sans doute eu des vomissements, car il existait des traces de liquide verdâtre sur sa face. Il n'a point d'ailleurs été observé pendant la vie.

Il existe chez lui une péritonite commençante: des adhérences molles et jaunâtres unissaient la face convexe du foie au péritoine diaphragmatique, et les anses de l'intestin grêle, qui d'ailleurs se

détachaient assez facilement, étaient peu injectées. Il n'y avait que peu de sérosité trouble épanchée.

La plèvre gauche était enflammée; deux cuillerées à café d'un pus jaunâtre, phlegmoneux, et mêlé à des pseudomembranes molles, se trouvaient dans sa cavité, et s'étendaient sur le poumon. Celui-ci était légèrement congestionné d'un rouge foncé, d'ailleurs parfaitement souple et crépitant. Muguet intense, mais borné à la bouche, et ne s'étendant point dans le pharynx et l'œsophage.

Il nous suffira de citer ces exemples; les autres sont analogues, au moins quant aux altérations de la plèvre, et nous croyons ne pas devoir insister plus longuement sur ce sujet.

3° *Appareil circulatoire.*

La péricardite une seule fois existait en même temps que la péritonite. Cette maladie est assez rare pour n'être pas même mentionnée dans plusieurs traités récents, et nous croyons devoir rapporter ici cette observation. Nous signalerons de plus l'existence d'une inflammation, qui avait envahi à la fois les membranes séreuses de l'abdomen, des plèvres et du péricarde.

Obs. VII. — *S. péritonite*, *pleurésie double*, *péricardite.* — Fourneaux, fille, née le 25 juillet 1842, est décédée le 7 août sans avoir pu être examinée. A l'autopsie, on constata l'existence d'une péritonite caractérisée par des pseudomembranes jaunâtres et épaisses, disposées sur la face convexe du foie, et qui déterminaient son adhérence au diaphragme. Il n'y avait pas d'épanchement bien considérable dans l'abdomen; un peu de sérosité citrine dans laquelle nageaient quelques flocons jaunâtres, commencement d'adhérences entre les intestins.

On a trouvé, de plus, une pleurésie double. Dans la plèvre droite, il y avait une couche pseudomembraneuse mince, étendue sur toute la partie postérieure du poumon, en même temps qu'un épanchement de liquide séro-purulent dans lequel nageaient des flocons pseudomembraneux. A gauche, l'inflammation était moins avancée, et elle n'existait guère que dans la région diaphragma-

tique. Il existait à droite et à gauche des noyaux de pneumonie lobulaire disséminés dans les deux poumons.

Les bronches sont vides et leur muqueuse est pâle.

Il y avait encore, et c'est la seule fois que nous ayons noté cette lésion, une péricardite. Le feuillet pariétal de la séreuse était le siége d'une injection assez vive; dans quelques points il y a des ecchymoses; il était recouvert par des fausses membranes jaunâtres, du volume d'une lentille et assez épaisses, et entourées d'une injection assez intense. On voyait aussi sur le cœur des taches ecchymotiques plus nombreuses et plus marquées à la base que vers la pointe. Des pseudomembranes fines, molles, jaunâtres, faciles à détacher, existent sur le cœur, à la partie postérieure des oreillettes et des ventricules. Les autres organes ne présentent rien de particulier à noter.

Nous ne nous arrêterons point sur l'état du cœur et du reste du système circulatoire, qui ne donne point matière à des remarques spéciales; mais nous devons cependant parler de la phlébite ombilicale. Son existence a été notée 5 fois. Dans tous ces cas, on a trouvé dans la cavité de la veine ombilicale un mélange de sang et de pus, du pus renfermé dans un caillot, des pseudomembranes, ainsi que les observations suivantes en offrent des exemples.

Obs. VIII. — *S. péritonite, phlébite ombilicale, pleuro-pneumonie droite.* — Beuvin (Auguste), garcon, âgé de 4 jours, est entré à l'infirmerie de l'hospice des Enfants trouvés le 10 juin 1842.

Il offre une tension considérable de l'abdomen, qui est douloureux à la pression; le cordon est sec et adhérent; la langue est sèche; toute la muqueuse buccale est d'un rouge vif. Sur les joues on trouve une teinte jaunâtre qui paraît due à la matière des vomissements; matité du côté droit de la poitrine, avec dimiuution notable du murmure respiratoire; chaleur intense à la peau; pouls à 144; dyspnée très-intense; absence de toux. (2 sangsues sur l'abdomen.)

Le 11 juin. Pouls à 144; peau brûlante et d'une rougeur très-vive. Le ventre est toujours tendu et douloureux : dyspnée extrême; matité du côté droit de la poitrine, s'étendant de la partie postérieure jusqu'au milieu de l'aisselle; respiration saccadée; le

murmure respiratoire affaibli à droite. Langue rouge, mucus visqueux, adhérent aux lèvres, pas de vomissements; diarrhée jaune, très-abondante. (Catapl. sur le ventre, bains, lav. émoll.)

Le 12. Quelques selles jaunes; même état; fièvre intense, chaleur vive à la peau; pouls à 164, assez résistant. (2 sangsues à l'anus.)

Le 13. Les selles sont moins abondantes, le ventre est toujours tendu; matité à droite de la poitrine; râle crépitant, à bulles peu nombreuses et humides, très-circonscrit; à gauche, la respiration est normale. (Frict. mercur. sur l'abdomen.)

Le 14. Pouls à 144, respiration précipitée, 40 par minute; toux rare; matité très-prononcée à droite, et s'étendant jusque dans l'aisselle; murmure respiratoire nul; quelques bulles de râle crépitant disséminées à gauche; râle sous-crépitant peu nombreux. Tension toujours très-considérable du ventre; selles brunâtres, demi-liquides. Toute la muqueuse buccale est d'un rouge vif. (Frict. mercur. sur l'abd.)

Il meurt le 15 à quatre heures et demi.

Autopsie le 16 à neuf heures du matin. — *Thorax.* Il existe une pleuro-pneumonie du côté droit. Injection fine, serrée et d'un rouge très-intense de la plèvre costale de ce côté, pas de fausses membranes, ni d'épanchement de ce côté. Sur la plèvre pulmonaire, vers la partie postérieure, il existe une couche formée par une pseudomembrane fine et jaune, s'enlevant facilement par petits lambeaux. Hépatisation franche du tiers postérieur du lobe supérieur, de presque tout le lobe inférieur du poumon droit; son tissu, d'apparence assez lisse à la section, présente cependant, lorsqu'on l'examine avec soin, un aspect un peu inégal et formé d'aspérités arrondies et très-fines; il plonge avec rapidité; on en exprime un liquide d'un rouge foncé, très-épais. A gauche, la plèvre est injectée, mais sans pseudomembranes; le poumon est congestionné, encore crépitant et surnage. Les bronches sont vides et pâles. Le cœur ne présente rien à noter.

Abdomen. Une couche plastique très-épaisse et très-dense forme une masse considérable autour de la veine ombilicale et sur la face concave du foie; la couche est moins épaisse sur la face convexe de ce viscère. Il y a dans le péritoine 3 cuillerées de sérosité purulente mêlée de flocons pseudomembraneux; le paquet des intestins est réuni en une seule masse par des membranes épaisses, résistantes, d'un beau jaune; les intestins, dans les points où ils sont en contact, sont le siége d'une injection vive.

La veine ombilicale est très-développée et large ; son diamètre, avant d'être incisé, est de 9 millimètres ; elle a 2 centimètres de large quand elle est développée, elle est remplie par un caillot noir, ferme, fortement adhérent aux parois de la veine dont on le détache avec peine, il a une longueur de 4 centimètres et il contient du pus; la veine ne présente à l'intérieur ni injection, ni ramollissement. Les artères ombilicales sont remplies par des caillots noirâtres. L'estomac est rosé à l'intérieur, la consistance de la muqueuse est assez bonne. Plaques réticulées peu saillantes, pâles à la fin de l'intestin grêle. La rate, les reins et la vessie sont à l'état normal.

Obs. IX.—*S. péritonite, phlébite, pleurésie gauche.*—Bouchard, fille, âgée de 2 jours, est entrée le 22 août 1842 et placée au n° 2 de l'infirmerie; elle est vigoureuse, bien constituée, ses chairs sont rosées et fermes. On note chez elle une tension considérable de l'abdomen, avec douleur intense, exaspérée par une pression un peu forte; un érysipèle occupe les parties génitales et toute la région pubienne. Endurcissement du tissu cellulaire au dos et aux membres. La peau est chaude, le pouls à 132, petit et serré. (2 sangsues sur l'abdomen.)

23. Pouls à 128, dyspnée extrême, 56 respirations. Matité avec absence complète de murmure respiratoire du côté gauche de la poitrine; les inspirations sont courtes et brusques. Le ventre est tendu, météorisé, extrêmement douloureux au toucher; selles rares, jaunes et demi-liquides; les lèvres sont recouvertes d'un mucus teint en vert. Expression de souffrance. Erythème anal. L'érysipèle ne s'est point étendu ; vulvite avec écoulement visqueux, filant et blanchâtre. (Frictions mercurielles.) Mort le 23 à 10 heures du soir.

Autopsie le 24.—*Abdomen.* Le péritoine est le siége d'une vive injection par lignes nombreuses d'un rose vif, disposées sur l'intestin, le péritoine pariétal et jusque dans ce ligament suspenseur du foie, pointillé fin aux points de contact des anses intestinales. Pseudomembranes épaisses, jaunes, nombreuses, formant une couche presque continue sur le foie, surtout à sa face concave et sur la rate. Cette dernière est complétement enveloppée par une fausse membrane qui s'étend sur tout l'épiploon gastro-splénique. On trouve dans le petit bassin 3 ou 4 cuillerées de liquide purulent et sanguinolent; le grand épiploon est fortement injecté dans toute son étendue et est d'un rouge très-vif. La veine ombilicale

est enflammée. Sa face interne est couverte de fausses membranes jaunes et épaisses ; elle contient un pus liquide et jaunâtre ; sa membrane interne est lisse, sans injection ni ramollissement. Cette inflammation s'étend de l'ombilic à l'origine du canal veineux où elle s'arrête. Le cordon est encore adhérent.

Thorax. Il existe une pleurésie du côté gauche ; on trouve 2 cuillerées à bouche de sérosité purulente dans sa cavité. La plèvre pariétale est injectée par un pointillé extrêmement fin, elle est couverte d'une épaisse couche pseudomembraneuse jaune, et tout le poumon est aussi recouvert par une couche pseudomembraneuse de 2 millimètres d'épaisseur, elle est ferme et envoie entre les lobes des prolongements très-marqués. Le poumon est parfaitement sain. Le poumon et la plèvre du côté droit sont à l'état normal.

Obs. X.—*S. péritonite, phlébite ombilicale.*—Lefèvre, fille, âgée de 9 jours, est morte le 24 mai à 7 heures du matin.

On trouve sur la face des traces de vomissements verdâtres ; les parois abdominales sont infiltrées et couvertes d'une rougeur érysipélateuse. L'épiderme est soulevé en plusieurs points.

A l'autopsie, sérosité rougeâtre dans le péritoine, trouble mêlée de flocons pseudomembraneux dont quelques-uns sont attachés à la paroi antérieure de l'abdomen sur le foie et la rate. Il y a de plus une phlébite ombilicale. La veine est remplie d'un mélange de pus et de caillots. Ses parois sont manifestement épaissies et un peu rouges, il existe une assez grande quantité de pus dans la cicatrice ombilicale. Les intestins sont peu injectés à l'extérieur. On y trouve quelques plaques peu saillantes, blanches. Le foie est flasque. La rate ramollie.

Les poumons sont légèrement congestionnés, sains

Obs. XI. — *S. péritonite, phlébite et artérite ombilicales.*— Leroy, garçon, né le 15 mars, est décédé le 29 à 2 heures du matin. C'est un enfant pâle et un peu amaigri, il n'a point été examiné. Le lobe supérieur du poumon droit est hépatisé, le gauche est sain. Une fausse membrane jaunâtre et assez épaisse recouvre le foie et la rate. La surface des intestins est recouverte par une pellicule jaunâtre qui s'enlève avec facilité. Une petite quantité de sérosité roussâtre est épanchée dans la cavité du *péritoine.* La muqueuse de l'estomac est un peu injectée et ses lambeaux ont un centimètre

et demi de longueur. Il y a du pus concret dans les artères et dans la veine ombilicale; celle-ci en contient surtout beaucoup dans la partie voisine de l'ombilic. Le foie est brun et gorgé de sang.

(*La suite au prochain numéro.*)

DESCRIPTION DU NOUVEL APPAREIL DU DR JARVIS POUR LA RÉDUCTION DES LUXATIONS, L'AJUSTEMENT DES FRACTURES ET LEUR MAINTIEN; AVEC PLANCHES;

Par le Dr **A.-B. Stout.**

L'histoire des instruments de chirurgie inventés pour réduire les luxations et les fractures peut être divisée en trois périodes : 1° depuis Hippocrate jusqu'au temps de A. Paré, en 1582, date de son grand ouvrage ; 2° depuis A. Paré jusqu'à J.-L. Petit, en 1750, ou de 1582 à 1750 ; 3° depuis J.-L. Petit jusqu'à nos jours,

Nous allons jeter un rapide coup d'œil sur ces trois périodes.

1° Depuis Hippocrate jusqu'au siècle du grand Paré, les instruments de chirurgie n'ont qu'une forme grossière : aussi les descriptions qu'on trouve dans quelques ouvrages ne servent qu'à nous montrer combien furent lents les progrès de la chirurgie instrumentale. Les premières machines que nous voyons employer sont le simple levier d'Hippocrate, ou *ambe,* ou *spatula,* et le treuil. La moufle a été attribuée à Vitruve sous le nom de *machina tractoria Vitruvii ;* mais on n'en entend plus parler jusqu'à l'époque où Paré a remis son usage en vogue.

Il nous suffit de dire que tous les appareils des anciens (le *hipastrum Appelidis*, le *plinthium Hilei*, le *nossocomum*

Les six planches de ce mémoire ont été reliées par erreur à la fin du volume supplémentaire des Archives de 1846, intitulé Archives d'anatomie.

Nymphodori, le *glossocomum Galeni*, l'*organon Fabri*) étaient ou des modifications du *guindant à manivelle*, ou des machines mobilisés par un levier des plus simples.

2° Le principe de la balance qui fait la base de l'invention de Hans v. Gersdorf (1545), et du guindant à *vis*, par le même, peut nous servir à indiquer les progrès des perfectionnements. Mais ce principe appartient plutôt à la période moyenne qu'à celle d'Hippocrate. Ce sont le *trochlea mechanica*, la moufle, et le *manubrium versatile*, la vis à manivelle, tous les deux introduits dans la chirurgie par A. Paré, qui distinguent cette époque et qui servent à démontrer l'esprit progressif et réformateur de leur auteur.

Si à Vitruve appartient, à la rigueur, le premier emploi de la moufle, à Paré revient l'honneur de l'avoir accréditée, et c'est à de telles améliorations, qui le faisaient devancer ses contemporains, qu'il doit d'être l'homme spécial de son siècle.

Nous arrivons rapidement jusqu'au temps de Scultet (1666) sans trouver aucun changement important dans la thérapeutique : des bandes, des lacs, des courroies, viennent en auxiliaires à la moufle. Un peu plus tard, les inventions de Lamzwerde et de Zeidler, de Vienne (celle du dernier sous le nom de Purrmann (1692), occupent l'attention publique. L'appareil de Lamzwerde repose encore sur le principe du treuil à vis, celui de Purrmann ou de Zeidler, d'après le dessin de Richter, paraît renfermer une baguette engrenée sur une roue à manivelle ; mais ces machines sont composées dans un but spécial pour un seul genre de luxations, et sont accompagnées de plusieurs inconvénients dans leur application. Ce qui parait avoir retardé jusqu'à cette époque le progrès, c'est le manque de généralisation dans la construction des machines : l'un invente un appareil pour le bras, l'autre pour la jambe ; un troisième se contente de trouver un moyen de remplir une seule indication (le *remora*

de Hildanus), et tous se bornent à façonner et à refaçonner le même principe de mécanique. Il aurait fallu un esprit créateur pour tirer parti de la petite baguette de Zeidler, et parfaire une machine d'une application plus large.

3° De J.-L. Petit (1750) jusqu'en 1846. — La troisième période ouvre une nouvelle ère. L'apparition de J.-L. Petit commence une révolution dans la thérareutique des fractures et des luxations : la tactique remplace la force aveugle. Les connaissances anatomiques et leur application scientifique devaient suppléer aux instruments trop mal combinés pour être efficaces. Les Français ont l'honneur d'avoir donné l'élan à cette réforme progressive.

Sanson attribue l'origine de ces idées à Pott ; mais c'est évidemment de Petit, son prédécesseur de quelques années, aussi bien que de ses adversaires, que sont émanées les premières suggestions. Pott, Böttcher et Bell les ont appréciées et développées, et la grande influence de leurs ouvrages, spécialement de celui de Pott, les ont bientôt répandues partout en Angleterre et en Allemagne.

On en est venu à vouloir bannir de la thérapeutique tous les appareils mécaniques, considérés jusque-là comme le mobilier indispensable d'un chirurgien. Mais nous verrons que cette exclusion fut poussée trop loin. Les nouvelles idées s'appliquaient seulement aux luxations les plus récentes et les plus faciles à réduire ; pour les autres, il fallait recourir encore aux instruments de renfort. Ce qui démontrait leur véritable progrès, c'était la désignation de leur place dans l'ordre de leur emploi, et la limitation de leur usage aux cas difficiles ; et ces cas difficiles ne sont-ils pas assez nombreux pour que les instruments soient indispensables? Petit lui-même a constamment recours à la moufle et semble être l'inventeur d'un appareil pour les luxations du bras : sa fourchette est un perfectionnement évident. Mais son principe, la moufle mobilisée par un treuil,

ce que la mécanique a de plus fort, indique jusqu'où est allé le réformateur pour chercher une force convenable.

Pott emploie la moufle. En 1785, Van Hussen propose un autre appareil pour le bras : un treuil à deux roues engrenées, avec le point de contre-extension contre la poitrine. Mahler invente une vis à manivelle pour le même objet : plusieurs autres, comme Ravaton et Hagen, emploient les mêmes principes dans le même but. Viennent ensuite les appareils de Mennel et de Schneider, à treuil et à points fixes dans l'appartement, qui sont accueillis très-favorablement en Allemagne.

En 1801, Brunninghausen construit un appareil qui diffère des autres en ce qu'il emploie la vis continuelle. Le mérite principal de cet instrument consistait dans son application facile dans tout endroit, et en ce qu'il laissait libres les mouvements du bras. Il n'était toutefois applicable qu'à un seul genre d'accidents.

En 1810, Freytag et Warneck, l'un avec une vis, l'autre avec un treuil, ne réussissent pas mieux; puis on parait négliger le bras pour la cuisse, et de nombreux appareils sont proposés pour traiter les fractures de ce dernier membre. En effet, c'est le problème le plus difficile de cette branche de la thérapeutique qui, après les Lafaye, les Belloq, les Schneider, les Desault, occupe les Boyer et les Hagedorn.

Leurs machines, pour empêcher le raccourcissement de la cuisse, sont assez connues pour qu'il me soit permis de me dispenser d'en parler plus longuement ; il suffit de dire que celle de Boyer, qui est la plus importante de toutes, a pour principe de son mouvement la manivelle à vis.

En résumé, tous ces appareils offrent l'inconvénient d'une application spéciale.

Nous arrivons enfin à parler du levier agissant par le moyen du pignon et de l'engrenage, ou en d'autres termes du cric. C'est sur le principe de celui-ci qu'est construit l'ap-

pareil du Dr Jarvis. La réunion des qualités essentielles qu'il présente pour remplir les indications d'une thérapeutique raisonnée, rend ce principe plus applicable à la chirurgie que tous ceux dont nous avons parlé. La combinaison de la force, multipliée mécaniquement, avec la douceur et l'exactitude, constitue l'ensemble des qualités requises que l'on trouve dans l'emploi du pignon et de l'engrenage. Antérieurement à l'invention du Dr Jarvis, nous ne trouvons que deux exemples de l'application du même principe à la chirurgie ; ce sont : l'instrument de Nicolai de Kalberstadt, qu'il a proposé en 1822 (1) pour empêcher le raccourcissement dans les fractures du col du fémur, et en second lieu l'appareil inventé en 1827 par Frédéric-Guillaume III, roi de Prusse, pour se soulever sur son lit, lors d'une fracture qu'il s'était faite à la cuisse (2).

Cependant l'existence de ces instruments ne doit guère diminuer l'honneur de l'originalité dû au Dr Jarvis, qui ne les a pas connus ; et c'est peut-être à la liberté de son esprit qu'il doit d'être arrivé, pour ainsi dire d'emblée, à son appareil si général dans son application.

L'appareil de Nicolaï, quoique peu usité à cause de l'élévation de son prix, a néanmoins démontré l'excellence de son principe par le succès qu'il a eu dans les trois cas où il a été employé. Son auteur même se plaint de sa complication, qui, avec son application restreinte, empêche de généraliser son emploi.

L'appareil du roi de Prusse à deux crics, pour soulever un malade dans son lit, pourrait être remplacé par un autre que le Dr Jarvis a composé avec un seul cric.

---

(1) Vid. Journal de Graefe et de V. Walter, vol. III, p. 260.

(2) Vid. Richter, *Brüche und Verrenkungen der Knochen*, pl. v, fig. 8.

Appréciation.

Après avoir donné une idée des appareils qui ont précédé celui du Dr Jarvis, il ne nous reste plus qu'à faire ressortir les avantages qui méritent à son *ajusteur* la préférence sur toutes les autres machines. Ces avantages sont :

1° L'universalité de son application, soit aux luxations, soit aux fractures dont l'ajustement et le maintien offrent des difficultés, soit pour soutenir un membre pendant qu'on relève et apporte à domicile un blessé, soit enfin comme appareil orthopédique ;

2° La faculté de pouvoir imprimer des mouvements en tous sens au membre soumis à son action, sans déranger ni interrompre cette action ;

3° L'accord de son action avec une position du membre qui en met les muscles dans le relâchement ;

4° Son application en tout endroit, sans la nécessité de chercher des points fixes autour du malade pour établir l'extension et la contre-extension ;

5° La possibilité de modifier à volonté la force employée, eu égard à sa quantité ou à sa vélocité ;

6° La facilité de son transport provenant de ce que tout l'appareil est renfermé dans une boîte de 0m,38 de longueur sur 0m,32 de largeur, et 0m,18 de hauteur à très-peu près ;

7° La diminution considérable de la durée des réductions difficiles et douloureuses, et la jouissance par le malade d'une plus grande liberté pendant son traitement.

A l'aide donc de cet appareil, le chirurgien possède une force puissante régulière, assujettie à sa volonté et facile à appliquer. Il dispose d'une puissance à laquelle les muscles les plus vigoureux ne pourront plus résister, et qu'il maniera selon les circonstances. Il peut l'augmenter, la diminuer, l'accélérer ou la ralentir, suivant la résistance des muscles, sans les léser en aucune manière ; il ne craindra plus de perdre,

en les fatigant, le degré d'extension déjà obtenu. L'extension gagnée se maintient aussi longtemps que l'opération l'exige. Quand on aura jugé convenable de la diminuer, on pourra la ramener sans difficulté au même degré.

La moufle devient désormais inutile. L'opérateur, n'étant plus obligé de chercher autour du malade pour l'extension et la contre-extension les points fixes qui le préoccupent tant dans les procédés ordinaires, se trouve dégagé de la plupart des embarras qui accompagnent la réduction d'une luxation. Le point de contre-extension partant directement du centre de mouvement de l'instrument est fourni par l'appareil lui même.

Quant au lieu où l'on doit opérer, le lit du malade, une table quelconque, même le champ de bataille, offrent un emplacement aussi commode que l'amphithéâtre le mieux monté.

Parmi les avantages de cet appareil, on ne peut trop insister sur celui qu'il a de laisser le chirurgien libre, pendant toute la durée d'une opération, d'agir avec facilité sur la mobilité du membre luxé. Malgré que son appareil soit immobile et que le membre soit à son maximum d'extension, rien n'empêche l'opérateur de faire la rotation du membre ni de changer en tous sens sa direction. Il n'est plus possible que la ligne d'extension soit dérangée ni par les mouvements motivés du chirurgien, ni par les mouvements désordonnés du malade. D'ailleurs l'exactitude dans l'action d'un appareil si méthodique rend moins longs et moins fatigants tous ces inconvénients, tant pour l'opérateur que pour le malade. Ce dernier peut au surplus, dans son agitation, porter avec lui son instrument, sans en interrompre l'action ni faire dévier l'axe de l'extension.

Description de l'appareil.

Les effets de son action sont :

1° D'établir une ligne d'extension entre deux parties quelconques du corps, selon l'exigence du cas donné, ou, en

parlant seulement des luxations, d'établir une ligne droite d'extension qui parcoure le centre de la situation normale de l'os luxé;

2° De fournir une force d'extension illimitée, mais calculable et parfaitement assujettie à la volonté de l'opérateur;

3° De combiner avec la force d'extension simple la force d'un levier de premier et de second genre, d'après le procédé opératoire choisi par le chirurgien;

(Un exemple serait peut-être nécessaire pour expliquer cette action.—V. pag. 425.)

4° De pouvoir ajouter une ligne d'extension à angle droit à la ligne précédente, sans interrompre son action;

5° De remplir ces vues différentes tout en permettant à l'opérateur d'agir à sa volonté et sans gêner la mobilité du membre luxé;

6° De laisser aux malades, pendant un long traitement, plus de liberté qu'ils n'en obtiendraient par tout autre procédé connu.

Le simple mécanisme qui produit ces effets est une heureuse application du pignon et de l'engrenage à la chirurgie. (V. pl. I, fig. 1.) Une boite en cuivre, longue de 0,332 sur 0,038 de largeur et 0,013 d'épaisseur, renferme un pignon qui mobilise une baguette d'acier à dentelures correspondantes au pignon et de la même longueur que la boite. Cette baguette constitue la tige d'extension. Une roue à crémaillère en dehors de l'instrument fait corps avec le pignon en dedans, et reçoit un cliquet d'arrêt pour maintenir tendue, au point déterminé, la tige d'extension.

Sur l'axe de ces deux roues s'adapte un levier d'une longueur calculée, pour donner à l'instrument la force de douze hommes. (V. pl. I, fig. 2.)

Une moitié en longueur de la boite en cuivre est occupée par la *tige d'extension*, l'autre moitié contient la tige de *contre-extension*, pourvue d'un mécanisme qui permet son

allongement et son raccourcissement à volonté, selon l'accident à traiter. La tige d'extension est pliée à son extrémité à angle droit pour placer la ligne d'extension dans l'axe du membre pendant que l'instrument est fixé parallèlement à son côté. La tige de contre-extension est percée, dans toute sa longueur, de petits trous dans lesquels entre une vis fixée dans la boite en cuivre (voy. pl. I, fig. 1, E), pour pouvoir l'allonger ou la raccourcir à volonté.

Tout l'instrument est représenté pl. I, fig. 1 : F est la boîte en cuivre; A, la tige d'extension; B, la roue à crémaillère correspondante au pignon dans l'intérieur de la boite, sur l'axe de laquelle s'adapte le levier (fig. 2); C est le cliquet d'arrêt; D, la tige de contre-extension percée de trous pour recevoir la vis E qui se trouve dans la boite en cuivre.

Au bout arrondi de la tige de contre-extension s'adaptent les divers appareils nécessaires pour la préhension des parties du corps sur lesquelles on doit établir le point d'appui de la contre-extension.

Ces appareils accessoires sont : A, *pour la cuisse* (v. pl. I, fig. 4), *une longue fourchette d'acier* couverte d'une toile douce, et entre les branches de laquelle est suspendu un coussinet *en anse.* Quand cette fourchette est ajustée au périnée de manière que le coussinet repose sur la grande tubérosité de l'ischion, et qu'une de ses branches passe en avant du bassin, tandis que l'autre va en arrière, les lignes qui réunissent l'extrémité de la fourchette au centre du coussinet sont les lignes de contre-extension. Ainsi le plan de l'extension se trouve limité, d'un côté, par les extrémités de la fourchette, et, de l'autre, par le pied à angle droit de la ligne d'extension.

Dans la fig. 4, pl. I, A représente la fourchette d'acier, H le coussinet, muni de fortes bandes pour l'attacher à des boutons posés sur le côté de la fourchette; K est le trou pratiqué dans la fourchette pour recevoir le bout de la tige de contre-extension.

B, le *levier latéral* (pl. I, fig. 3), qui doit imprimer à la cuisse un mouvement latéral pendant la durée de l'extension, dans le but de rejeter en dehors la tête du fémur quand elle se trouve luxée en avant. Le levier s'ajuste à la boite en cuivre F (pl. I, fig. 1) par le moyen de l'agrafe *a* (fig. 3), dans laquelle on glisse un petit coin de bois pour la fixer. *b* est une plaque d'acier couverte de futaine et formant une concavité conforme à la convexité de la cuisse sur laquelle elle doit être posée. *c* représente une jointure qui permet la descente de la plaque sans déviation de la ligne d'extension ; *d* le *fulcrum* du levier dont *e* est le manche.

Le tableau 2 donne l'*ajusteur* complétement monté pour la réduction d'une luxation en avant de la cuisse.

C, *pour le bras* (pl. I, fig. 5), représente une fourchette en acier traversée, entre les extrémités de ses branches, par un fort coussinet, le même que celui adapté à la fourchette pour la cuisse, avec la seule différence qu'au lieu d'y être suspendu en anse, il devra être fortement tendu d'une extrémité à l'autre de la fourchette. Par son moyen on gagne un point de contre-extension contre la partie supérieure du *thorax*, qui, quoique très-solide, peut être supporté par le malade sans que sa souffrance en soit augmentée. Les bouts de la fourchette sont légèrement échancrés pour que le coussinet H ne puisse pas glisser. K est le trou qui reçoit la tige de contre-extension.

Il y a deux fourchettes, une pour les adultes et une autre petite pour les enfants.

D *pour le coude.* Une tige d'acier est courbée pour faire le tour du bras en dessus et en dessous, dans le but de faire un point de contre-extension à la partie postérieure du coude, quand l'instrument *ajusteur* est placé sur la face antérieure de l'avant-bras. (V. pl. I, fig. 7.) K indique le bout percé pour recevoir l'extrémité de la tige de contre-extension ; sur l'extrémité inférieure de l'humérus on place une

forte bande (V.pl. III, fig. 1) sur laquelle se trouve une petite coulisse qui sert à y recevoir et maintenir la tige (pl. I, fig. 7); de sorte que, lorsque son extrémité K est à la partie antérieure supérieure de l'avant-bras, le corps de la tige fait le tour du bras en suivant sa courbure, et le bout boutonné arrive à la partie postérieure externe du coude, de même que la branche *c* de la tige à laquelle on attache des lanières qui proviennent de la bande susindiquée (pl. III, fig. 1) pour la fixer. Par ce moyen habilement imaginé on possède un point fixe de contre-extension à l'endroit désiré, sans qu'aucune gêne soit imprimée aux mouvements ultérieurs de l'articulation qu'on doit atteindre dans la réduction d'une luxation.

E *pour les autres luxations*, et pour le maintien de certaines fractures, après leur ajustement.

La fourchette articulée est une autre preuve de l'esprit inventif de son auteur. (V. pl. I, fig. 6.) Cet instrument est composé de deux branches *a a,* mobiles dans leur socle L, où elles sont maintenues par deux vis.

L'extrémité K du socle L représente le bout percé pour recevoir la tige de contre-extension. Selon le cas à opérer, on se sert de cette fourchette avec les deux branches qu'elle comporte, ou après en avoir démonté une.

L'ouverture des deux branches ensemble est assez grande pour recevoir les membres d'un homme robuste, et par suite de la mobilité de ces branches, elle peut s'adapter aussi très-bien à un membre, quelle que soit son exiguïté.

Ainsi, par exemple, en faisant la réduction d'un pouce luxé, on placerait le bras dans l'anneau ouvert formé par les deux branches, auxquelles viennent se rattacher les deux bouts d'un lien qui passe autour de l'éminence thénar du pouce. On conçoit facilement la solidité de la force de contre-extension ainsi obtenue.

Pour opérer sur une luxation du genou, on démonterait une des branches pour avoir une tige de contre-extension

permanente, qui corresponde parfaitement avec la tige d'extension, qui, comme on l'a dit, est courbée à angle droit.

Ainsi, avec ce mécanisme simple, le chirurgien possède un instrument applicable à un grand nombre de cas.

F (pl. I, fig. 8) représente un petit coussinet (deux sont nécessaires pour l'opération), qui consiste en une plaque de fer courbée et rembourrée, de manière que son bout courbé soit assez épais, tandis que l'autre est mince. Le coussinet ressemble à un coin dont un côté est de fer, et l'autre garni d'une peau rembourrée.

L'effet de ces deux coussinets est de pouvoir saisir très-solidement l'extrémité inférieure de la cuisse, sans trop comprimer les vaisseaux et les nerfs, et sans que le point de contre-extension ainsi choisi puisse être manqué dans l'opération, par suite du glissement de l'appareil. Ces deux plaques étant appliquées sur les faces latérales de la cuisse, les bouts épais dirigés vers le genou, on les y maintient par la bande (fig. 2, pl. III) qui passe autour des parties plates des plaques. Les bouts fortement rembourrés se trouvent ainsi comprimés dans l'espace creux au-dessus des condyles du fémur.

L'appareil étant ajusté et fonctionnant pour opérer l'extension, les bouts supérieurs des plaques tendent à s'écarter de la cuisse; mais plus les bouts rembourrés s'enfoncent dans le creux au-dessus des condyles, plus tout glissement devient impossible.

Cet appareil a encore deux autres accessoires, qui sont :

f. Un soulier à semelle en bois;

g. Un plan double incliné, capable d'être allongé à volonté, et rendu très-portatif au moyen de quelques légères modifications.

Les bandes principales que nécessite cet appareil sont au nombre de quatre :

Une pour la préhension extensive du membre opéré; une pour la préhension contre-extensive; une pour la réduction

des luxations de la cuisse (V. pl. III, fig. 4); et la quatrième pour fixer l'apophyse acromiale dans les luxations de l'épaule. (V. pl. III, fig. 3.)

Les deux premières, pour l'extension et la contre-extension, sont composées de telle sorte qu'elles peuvent s'appliquer à tous les membres. Elles consistent en une forte bande longue de 46 centimètres à peu près et large de 7 centimètres et demi (V. pl. III, fig. 1, 2), sur laquelle sont cousues trois lanières auxquelles correspondent trois fortes boucles pour la serrer contre le membre opéré. Cette bande est doublée d'une couche mince de caoutchouc ou d'une toile trempée dans une solution concentrée de la même substance. Par le moyen de cette doublure, la bande se colle à la peau aussitôt que la chaleur du membre l'a légèrement échauffée, et la bande ne peut plus glisser. Un autre avantage de ce procédé consiste en ce qu'on n'a pas besoin de serrer si fortement les bandes ni de les mouiller. Aux quatre anses cousues sur le bord de la bande aboutissent des lanières pour lier et fixer l'appareil ajusteur au nombre de deux pour chaque bande.

La petite anse *b* (pl. III, fig. 1) est ajoutée à une des bandes pour admettre la tige courbe employée dans les luxations du coude.

On peut recourir à une troisième bande pour certains cas extraordinaires.

Les deux autres bandes à boucle, et assez longues pour contourner une fois et demie le corps d'un homme fort, n'offrent rien de remarquable, si ce n'est, dans la bande pour contenir l'acromion, un petit enfoncement dans sa longueur pour recevoir le bout de cette apophyse, et l'empêcher de glisser par-dessous pendant une opération. (V. pl. III, fig. 3.)

Les coussinets déjà décrits pour les fourchettes, des bandes à boucles pour maintenir l'écartement du plan double incliné et quelques fortes lanières, complètent cette partie de l'appareil. Ce qu'il faut, en effet, pour une réduction ordinaire, ce

sont les deux bandes sus-indiquées appelées extensive et contre-extensive, des lanières pour y attacher l'appareil, et un mouchoir qui sert à approcher l'instrument du membre auquel on veut l'appliquer.

Une courte description de la manière d'appliquer l'appareil ajusteur, d'après les indications de son auteur, terminera cette notice.

Pour réduire une luxation du pouce (pl. IV, fig. 1), — on commence par réunir à l'ajusteur la fourchette articulée (pl. I, fig. 6). Entre les branches ouvertes de celle-ci on place l'avant-bras, sa partie inférieure et la main reposant sur l'ajusteur. On attache à une branche de la fourchette un bout de la bande nº 4, que l'on passe en anse autour du pouce entre le doigt indicateur, puis on attache l'autre bout à la seconde branche de la fourchette. Voilà pour la contre-extension.

Pour opérer l'extension, on attache une forte bande en nœud de matelot à la première ou à la seconde phalange du pouce, suivant qu'il est luxé à la première ou seconde phalange, et on lie la bande au pied de l'ajusteur. Pour maintenir en apposition le bras et l'appareil, on passe un mouchoir autour des deux. On procède à l'extension en appliquant le levier à l'ajusteur et en faisant tourner le pignon avec douceur et ménagement. Quand l'extension a été continuée pendant un certain temps et qu'on a allongé les muscles et descendu plus ou moins la tête de l'os, on rejette en haut et en arrière l'extrémité distale du pouce. Par ce moyen on approche l'une de l'autre les surfaces de l'articulation, puis on ramène en avant le bout du doigt. La luxation étant réduite, du soin est nécessaire pour empêcher que l'action des muscles ne sépare de nouveau les surfaces articulées. Un pansement convenable pour les maintenir avec un traitement antiphlogistique suffisent pour assurer la guérison.

Réduction d'une luxation du coude (pl. IV, fig. 2). — Bouclez la bande nº 1 autour de l'extrémité inférieure du bras,

aussi rapprochée que possible de l'articulation, les anses de la bande étant dirigées en haut vers l'aisselle. On fait attention que la petite coulisse (*b*, pl. II, fig. 1) soit appliquée dans le pli du coude. Bouclez la bande n° 2 autour du poignet, une anse étant à la face dorsale, l'autre à la face palmaire, et toutes deux tournées vers les doigts. Introduisez la tige courbe (pl. I, fig. 7) dans la petite coulisse de la bande n° 1. Liez les lacs passés dans les anses de la bande n° 1 à la partie transverse de la tige courbe, attachez-y la tige contre-extensive de l'ajusteur. On passe des lacs dans les anses de la bande autour du poignet et on les lie au pied de la tige d'extension de l'ajusteur. Pour maintenir l'appareil en place, on lie un mouchoir autour du bras et de l'instrument, puis on procède à l'opération.

Réduction d'une luxation de l'épaule (pl. V, fig. 1). — Autour de l'extrémité inférieure du bras, tout près du coude, appliquez la bande n° 2, en dirigeant les anses munies de leurs lacs vers la main, de manière qu'il s'en trouve une à chaque face latérale du bras. Ajustez la fourchette à l'épaule, son coussinet bien tendu entre les branches (pl. I, fig. 5) contre le thorax au-dessous de l'aisselle, une extrémité de la fourchette étant dirigée en arrière, l'autre montant en avant sur le grand muscle pectoral. Réunissez l'ajusteur à la fourchette et liez les lacs de la bande autour du bras au pied de la tige d'extension. Le coussinet de la fourchette doit bien remonter dans l'aisselle et y être assuré par le passage autour des deux extrémités de la fourchette d'un lac n° 4, dont on boucle les bouts au-dessus de l'épaule. Pour fixer l'acromion de manière qu'il ne puisse pas remonter pendant l'opération, prenez la courroie n° 3, appliquez sa partie creuse sur la pointe de l'apophyse, le plus possible en dehors, et extérieurement au lac n° 4 qui vient d'être mis; faites passer chaque bout entre la fourchette et son coussinet à leurs côtés respectifs, en continuant le bout long autour du corps au-dessous du bras, du côté opposé au membre luxé, et en le bou-

clant fermement au bout court au-devant de la poitrine. L'appareil étant ainsi établi, on commence l'extension.

Réduction d'une luxation du pied (pl. v, fig. 3). — Faites boucler la bande n° 1 au-dessous du genou sur la partie supérieure du tibia, en retenant une des anses en avant, et en plaçant l'autre à la face postérieure de la jambe; toutes deux étant tournées en bas. Passez les branches de la fourchette articulée dans les anses, de manière que l'une soit en avant et l'autre en arrière de la jambe, l'articulation de la fourchette étant en dehors près la tête du péroné. Les anses seront alors renversées en haut pour que les branches de la fourchette se reposent sur la bande. Réunissez-y l'ajusteur avec le pied de la tige d'extension tournée vers la plante du pied, à travers sa ligne médiane. Pour attacher le pied à celui de l'instrument, on se sert d'un mouchoir roulé et on l'applique de la manière suivante : voy. pl. III, fig. 5.

Le milieu du mouchoir placé sur le tendon d'Achille, au-dessus du talon, croisez les deux bouts sous la plante du pied, faites-les contourner le pied de l'instrument, ramenez-les sur le cou-de-pied, le plus haut possible, pour les y croiser. Continuez-les dans la même direction pour les faire passer sous la première anse du mouchoir allant de derrière le pied à sa plante; contournez-les autour de cette anse de dedans en dehors et ramenez les chefs au cou-de-pied pour les y lier ensemble. Ainsi retenu, le pied de l'instrument ne peut plus glisser ni changer de place, et la malléole, entourée d'un bandage doux et solide, n'éprouvera aucun mal. Un mouchoir autour de l'instrument et de la jambe pour les bien maintenir ensemble complète l'adaptation de l'appareil.

On conçoit facilement que l'appareil ainsi appliqué se trouve sur le côté externe de la jambe. Rien n'empêche cependant, si la nature de la lésion paraît l'exiger, l'application de l'appareil sur le côté interne.

Réduction d'une luxation du genou. — Bouclez la bande

n° 1 autour de la partie inférieure de la cuisse, au-dessus du genou, en l'ajustant de manière qu'une de ses anses, tournée en bas, se trouve au-dessus de la rotule. Dévissez de la fourchette articulée une de ses branches, cette opération n'exigeant l'emploi que d'une seule ; passez l'autre branche dans l'anse susindiquée de la bande, en faisant attention que la jointure de la fourchette se trouve sur le côté externe du membre. Bouclez autour de la malléole la bande n° 2, ses anses munies de lacs, tournées en bas et placées sur les côtés interne et externe du pied. Introduisez la tige de contre-extension dans la jointure de la fourchette articulée et attachez les pieds de la tige d'extension sur la plante du pied par les lacs susindiqués.

Réduction d'une luxation de la cuisse (pl. v, fig. 2). — Pour cette opération, on commence par réunir à l'ajusteur la fourchette pour la cuisse avec son coussinet et le levier latéral, comme le représente la planche n° 3. On place le malade de manière que la jambe soit ployée à angle droit, puis on boucle autour de la partie inférieure de la cuisse la bande n° 1, garnie de ses deux lacs, deux de ses anses se trouvant dirigées en bas et sur les côtés internes et externes du genou. Sur la face interne de la cuisse on applique l'appareil ainsi monté, comme nous venons d'indiquer, et de manière que le coussinet de la fourchette monte parfaitement bien dans le périnée, tandis qu'une branche de la fourchette se dirige en haut et en dehors sur la partie antérieure du bassin, et que l'autre branche passe dans la même direction sur sa partie postérieure. Pour maintenir et fixer l'appareil dans cette situation, on se sert de la bande n° 4 qu'on fait passer autour des deux extrémités de la fourchette et en travers de l'os de l'ileon. Plus on serrera la bande, plus on écartera les extrémités de la fourchette de la ligne médiane du corps, et plus, par conséquent, on rejettera en dehors la ligne d'extension.

On devra toujours prendre la précaution d'introduire un petit rouleau ou coussinet de flanelle entre la bande ainsi serrée et la peau.

Au pied de la tige d'extension qui passera devant le genou on attache les lacs de la bande inférieure autour de la cuisse. On lie autour de la cuisse et de l'instrument un foulard pour les tenir en coaptation ; puis on commence l'opération avec toute la douceur et le ménagement que demande une opération si douloureuse : et l'on continue jusqu'à ce qu'on sente qu'on a fait descendre la tête du fémur aussi bas que l'acetabulum ou jusqu'à une ligne horizontale qui le traverse. Arrivé à ce point de l'opération, le chirurgien s'occupe à agir sur le levier latéral pour écarter du bassin la tête du fémur, pendant qu'un aide fait faire la rotation nécessaire à la cuisse sur son axe et fait basculer latéralement le membre en dehors ou en dedans, selon que la position de la tête du fémur l'indique pour la mieux diriger à sa place normale.

Si, à ce point de l'opération, le chirurgien dirige le pied à travers la jambe du côté sain, il est évident que le point d'appui de l'instrument est la tubérosité de l'ischion et que l'instrument agit comme un levier du premier genre; si par un mouvement en sens opposé l'opérateur écarte la jambe de la ligne médiane, l'appui devient l'aile de l'ilium au-dessus de la résistance et l'instrument agit comme un levier du second genre. Tous les deux mouvements peuvent avoir leur utilité dans le même cas en servant à mieux dégager la tête de l'os.

On diminue essentiellement la friction du coussinet contre le périnée en plaçant entre les deux un morceau de flanelle ou de toute autre substance douce pliée en deux ; c'est une précaution à prendre tant dans le traitement des fractures que dans celui des luxations.

Dans les cas de luxations anciennes et difficiles à réduire on peut faire l'extension du pied au lieu de celle du genou : par ce moyen on aura toute la longueur de la jambe pour levier

dans les mouvements divers que cette opération exige ; on peut aussi croiser plus facilement les deux jambes quand on le croit nécessaire pour donner une direction favorable à la tête de l'os.

De l'application aux fractures. Pansement d'une fracture de la cuisse (pl. VI, fig. 1).— Le malade étant convenablement placé dans son lit, on commence le pansement par appliquer les coussinets représentés dans la pl. I, fig. 8, sur les côtés latéraux de la cuisse, dans le creux au-dessus des condyles du fémur, leurs bouts épais étant dirigés en bas, comme il est déjà indiqué page 419; entourez le membre et les coussinets d'un bandage roulé autour de la partie mince des coussinets, en dessus du bandage appliquez la bande n° 1, deux de ses anses, garnies de lacs, étant en bas sur les côtés latéraux de la cuisse ; de sorte que les lacs traversent les parties épaisses de leurs coussinets respectifs, pour aller s'attacher au pied de l'ajusteur. On applique l'instrument au membre fracturé de la manière déjà indiquée pour les luxations de la cuisse, sauf le levier latéral qui dans ce cas n'est plus nécessaire. Sur le plan double incliné muni d'un bandage à dix-huit chefs et de lacs comme à l'ordinaire, disposez préalablement le membre pour l'ajustement de l'os fracturé. Faites alors assez d'extension pour ajuster les extrémités fracturées de l'os; appliquez une attelle droite sur la face interne et une autre sur la face externe de la cuisse en dessous de l'instrument. On fera soutenir l'appareil par un petit coussinet qui s'appuiera sur le plan double incliné. On rembourrera l'espace entre l'attelle et l'instrument, de manière que la première exerce sur le membre une pression égale dans toute sa longueur. Faites maintenir le tout par l'application uniforme du bandage à dix-huit chefs et des lacs rétentifs.

Puisqu'on a remarqué que le contact prolongé du caoutchouc provoque une irritation de la peau, on prendra la précaution de mettre une couche de flanelle ou de coton entre

la peau et les bandes doublées de cette substance, dans le traitement des fractures.

Aussi applique-t-on ces mêmes bandes plus légèrement que dans la réduction des luxations pour ne pas trop comprimer les vaisseaux et les nerfs du membre.

Pansement d'une fracture du col du fémur (pl. VI, fig. 2). — La planche ci-jointe représente le pansement, dans la position droite du membre, le malade étant couché sur le côté sain du corps. Appliquez à la *malléole* la bande n° 1, les anses munies d'un lac, descendantes sur les côtés latéraux du pied. Sur les faces interne et externe du membre posez une attelle en bois, ayant 6 centimètres et demi de largeur sur un centimètre d'épaisseur, roulée dans une étoffe de coton, et de la même longueur que le membre sur ses côtés respectifs. L'attelle externe doit remonter jusqu'à l'aile de l'illum. Réunissez la fourchette pour la cuisse à l'ajusteur, et allongez l'appareil pour égaler la longueur du membre en faisant sortir de la boîte en cuivre les deux tiges d'extension et de contre-extension autant que cela est nécessaire pour remplir ce but.

Ajustez l'appareil comme pour la réduction d'une luxation de la cuisse sur le côté interne du membre en gardant la position droite.

Le levier latéral n'est pas nécessaire. Il est entendu que l'attelle interne devra être placée en dedans de l'instrument et que ce dernier reposera sur elle.

Attachez le pied de la tige d'extension qui traverse la plante du pied par les lacs provenant de la bande autour de la cheville. Faites passer autour des deux extrémités de la fourchette fémorale de l'instrument, la bande n° 4, un coussinet assez épais étant placé entre elle et la peau de la hanche. Serrez la bande pour tirer en dehors la fourchette. Ce moyen est celui qu'emploie le docteur Jarvis pour agir sur le col du fémur et l'allonger suivant l'exigence du cas.

La présence du coussinet augmente la distance qui écarte

les extrémités de la fourchette de la ligne médiane du corps et par conséquent augmente la traction latérale qu'on exerce sur le grand trochanter du fémur.

C'est une indication capitale pour empêcher le raccourcissement du membre.

La position du malade sur le côté sain aide à cette indication, en laissant le col du fémur dans sa longueur, libre de toute pression latérale et du poids du corps.

Pour maintenir l'appareil ainsi posé, entourez le tout par des lacs placés à des distances convenables, et reposez le pied sur un oreiller assez élevé pour laisser mouvoir facilement le pied sain qui se trouve au-dessous de lui.

Pansement d'une fracture de la jambe (pl. VI, fig. 3). — Au-dessous du genou sur la partie supérieure de la jambe et sur les côtés interne et externe placez les coussinets en forme de coin (fig. 8, pl. I), leur base dirigée en haut. Maintenez les coussinets en place en entourant leurs parties minces et la jambe, de la bande n° 1, ses anses dirigées en haut et posées latéralement au membre. Ses lacs passeront ainsi au-dessus des bases des coussinets pour être attachés à la tige contre-extensive. Appliquez autour de la malléole la bande n° 2, ses anses munies des lacs étant sur les côtés interne et externe et dirigées en bas, pour la fixation du pied de la tige d'extension; ou bien, au lieu de cette bande, on peut mettre le soulier à semelle en bois qui est aussi muni de lacs pour l'attacher de la même manière.

Dévissez de la fourchette articulée une de ses branches inutile dans cette opération. L'autre branche réunie à l'appareil au-dessous du genou traverse la partie supérieure de la cuisse, où elle doit être maintenue par les lacs déjà décrits.

Tout étant ainsi disposé, placez le membre sur le plan double incliné, muni, comme à l'ordinaire, préalablement, de toiles, bandages et lacs.

Faites l'extension nécessaire pour l'ajustement des os frac-

turés; appliquez latéralement des attelles, maintenez le tout par les lacs déjà arrangés sur le plan incliné. Dans les lésions accompagnées de beaucoup de gonflement et d'inflammation l'emploi du soulier à fracture offre beaucoup d'avantages sur celui de la bande entourant la malléole.

Pour la fracture de la rotule, — appliquez les deux coussinets en forme de coin, l'un au-dessus de l'autre, en dessous de la rotule fracturée, et de manière que leurs bases se regardent l'une l'autre. Maintenez-les ainsi en place en les entourant respectivement par les bandes nos 1 et 2, leurs anses se regardant de la même manière au-dessus et au-dessous de la rotule. En réunissant les anses apposées par des lacs et en les serrant on rapprochera les os fracturés.

Si on cherchait à agir plus fortement sur le bout supérieur de l'os que sur l'inférieur, on pourrait appliquer l'ajusteur comme pour une fracture du col du fémur, en attachant les anses supérieures au pied de l'instrument, à la plante du pied. Seulement dans ce cas on n'aurait pas besoin d'attelles.

Fracture de la clavicule. — Dans un cas où ce serait nécessaire on trouverait facilement un moyen de faciliter la mise en place des extrémités fracturées de l'os, quoique les bandages ne se trouvent pas dans la boîte.

Autour du thorax à la hauteur de l'aisselle on passe une forte bande : de celle-ci dans l'aisselle du côté sain, part une autre bande qui monte au-dessus de l'épaule du même côté, où on la lie fermement. A la réunion de ces deux bandes, dans l'aisselle, on fait faire une forte anse ou poche. On applique autour du bras, aussi haut que possible, une autre bande bien ouatée ou rembourrée.

On introduit dans la susdite poche le bout de la tige de contre-extension; et on lie le pied de l'autre tige, par des lacs, à la bande qui entoure le bras. L'instrument ainsi arrangé traverse la partie antérieure du thorax, d'où l'on fait toute l'extension jugée convenable.

pour la planche voyez 408

MÉMOIRE SUR LES KYSTES SÉREUX DE L'OEIL ET DES PAUPIÈRES, APPELÉS VULGAIREMENT HYDATIDES OU KYSTES HYDATIQUES;

Par le Dr **Sichel.**

I. *Des kystes séreux du globe oculaire.*

§ 1. *Caractères généraux des kystes séreux sous-conjonctivaux.* — On observe quelquefois des kystes séreux placés sous la conjonctive de l'œil humain, qui, à ma connaissance, n'ont été mentionnés que superficiellement et, pour ainsi dire, en passant, dans les ouvrages de chirurgie et d'ophthalmologie. Ces tumeurs ont été appelées, d'après leur contenu aqueux ou séreux, *hydatides* ou *kystes hydatiques*, dans le sens primitif et étymologique de ce mot. Elles sont semi-diaphanes, d'un rouge pâle à leur surface et recouvertes par la conjonctive vascularisée. Il est facile, surtout à l'aide d'une lumière et aussi par le toucher, de se convaincre qu'elles contiennent un liquide séreux. Ces kystes ont une certaine élasticité qui augmente avec leur volume. Je les ai toujours trouvés placés dans le grand pli palpébro-oculaire, soit supérieur, soit inférieur, et étendus transversalement au devant du globe ; je ne puis dire, par conséquent, si les tumeurs semblables qu'on a rencontrées dans d'autres régions de la surface antérieure de l'œil sont de la même nature. J'en rapporterai un exemple (obs. 3) qui m'a été communiqué. Quant à ceux de ces kystes séreux que j'ai observés moi-même, ils sont ovoïdes ou plutôt ellipsoïdes, et s'étendent transversalement derrière la paupière, au travers de laquelle, lorsqu'ils ont acquis un certain volume, on les reconnaît à une saillie plus ou moins apparente. Je ne les ai jamais vus assez développés pour qu'ils ne pussent être recouverts par la paupière. Au contraire, lorqu'ils sont encore petits, ils restent

cachés dans le pli palpébro-oculaire, et le malade lui-même ne s'en aperçoit pas toujours. Par cette raison ils ont d'ordinaire un développement assez prononcé, quand ils se présentent à l'observation du médecin ; en effet, la gêne qu'ils produisent par leur volume est le seul symptôme par lequel ils deviennent manifestes pour le malade. Cette même gêne, ainsi que le trouble visuel et l'irritation de l'organe de la vue qu'ils amènent à une période plus avancée, finissent par exiger leur ablation.

Ces tumeurs sont assez mobiles, même lorsque dans plusieurs points elles sont adhérentes à la sclérotique ou à la conjonctive. Quand elles sont, par exemple, situées derrière la paupière inférieure, on peut les faire saillir facilement entre le globe et le bord libre de ce voile membraneux. Il suffit pour cela de refouler la peau de haut en bas, et d'enfoncer en même temps et avec douceur la pulpe du doigt d'avant en arrière au-dessus du rebord osseux de l'orbite, à l'endroit où la paupière s'y attache, comme si l'on voulait le faire pénétrer dans cette cavité. La tumeur alors remonte et fait saillie entre le bord palpébral libre et la partie inférieure du globe. On peut se convaincre ainsi de son élasticité et de sa semi-transparence. C'est aussi dans cette position qu'il convient de la placer pour l'opération. Il semble que la forme transversalement allongée de la tumeur vient de la position qu'elle occupe primitivement : la coque oculaire d'un côté et la paupière de l'autre ne lui laissent pas la faculté de se développer autrement que dans le sens transversal.

L'observation suivante, recueillie il y a huit ans, complétera ce que nous venons de dire au sujet de ces productions morbides.

Obs. I. — M. P., âgé de 30 ans, a toujours été bien portant jusqu'à présent. Il a fait pendant 5 ans le service militaire dans le 5e régiment de lanciers. Il y a 2 ans environ, en courant dans un corridor obscur, il se heurta l'œil gauche contre l'épaulette d'un

camarade. Une inflammation violente survint, sans mauvais effet pour la vue qui n'a pas été troublée un seul instant par suite de cet accident. Après quelques mois, M. P. remarqua que la paupière supérieure de cet œil était un peu gonflée, et qu'elle présentait, à sa face interne, une espèce de tumeur molle au toucher. Il n'a rien fait pour s'en guérir jusqu'au moment où, il y a six semaines, il s'adressa à un homme de l'art qui l'examina superficiellement et ne prescrivit rien. Un autre médecin qui le vit ensuite, renversa la paupière et aperçut un kyste ; il voulut le percer avec la pointe d'une lancette; mais, n'y ayant pas réussi, il adressa le malade à notre clinique, le 10 septembre 1838.

Nous trouvons sous la paupière supérieure gauche du malade un kyste séreux, transparent, d'une teinte légèrement rose, traversé de droite à gauche par quelques vaisseaux arborisés et rempli d'un liquide jaunâtre, ce qui fait que sa couleur, sous les différents reflets de la lumière dans les diverses positions de la tête, paraît tantôt jaunâtre et luisante, tantôt rose, tantôt d'une teinte mêlée de ces deux couleurs et d'un peu de gris. Ce kyste, transversalement ovalaire et un peu pointu à ses extrémités, surtout à celle qui est dirigée en dehors, a 16 à 17 millimètres de large et 6 millimètres de haut dans la partie qu'on peut faire saillir au-dessous du bord libre palpébral ; mais, en réalité, il est beaucoup plus haut, puisqu'il remonte derrière toute l'étendue de la paupière et est adhérent au bord supérieur du tarse. Par son extrémité pointue, du côté interne, il s'attache à la conjonctive scléroticale, épaissie dans cet endroit.

L'ablation de cette tumeur, nécessitée par la gêne et l'irritation qu'elle produit, est pratiquée le 20 septembre 1838. Il est très-difficile de découvrir le kyste et de le pousser en bas. Je commence par détacher la pointe du kyste de son adhérence en dedans, puis je le dissèque de bas en haut de la conjonctive à sa surface postérieure. Ne pouvant disséquer son adhérence sans pénétrer plus profondément dans l'orbite, je le retranche sur cette ligne à l'aide de ciseaux courbés sur le plat, après l'avoir fortement attiré. Un examen attentif prouve que le kyste enlevé se compose d'une membrane interne séreuse et d'une membrane externe plus épaisse, presque fibreuse dans quelques endroits. Il a été enlevé en entier, la résection n'ayant porté que sur le tissu cellulaire condensé qui formait les adhérences.

Le 25 septembre, la paupière supérieure est abaissée par un gonflement inflammatoire considérable, et ne peut être élevée par la

volonté du malade. Une ecchymose formée dès le lendemain de l'opération a beaucoup augmenté. (*Traitement.* Fomentations glacées immédiatement après l'opération. Saignée du bras de 4 palettes le 21 septembre ; collyre d'acétate de plomb le 25. Purgatifs réitérés.)

Au bout de 8 jours, la paupière se relève et devient mobile. (Collyre de sulfate de zinc.) Le 8 octobre, on voit dans la plaie, placée en partie sur la paupière et en partie sur la sclérotique, une végétation longue de 4 millimètres et de 1 à 1 $1/2$ millimètre d'élévation, plus saillante à ses deux extrémités. On se propose de la cautériser prochainement. Le 12 octobre, on cautérise la fongosité de la plaie avec le nitrate d'argent. On a soin de faire porter cette cautérisation sur la portion de la végétation qui appartient à la conjonctive palpébrale, afin de ne point donner lieu à un symblepharum partiel. (Continuation de l'emploi du collyre.) Huit jours plus tard, on touche une seconde fois avec le caustique. La paupière se relève de plus en plus. Ce malade a guéri sans qu'il lui restât aucune incommodité.

§ 2. *Diagnostic différentiel des kystes séreux sous-conjonctivaux et du cysticerque ladrique sous-conjonctival.* — Ces sortes de tumeurs ne sauraient être confondues avec celles qui sont produites par le cysticerque de la celluleuse. Cet entozoaire, lorsqu'il se développe sous la conjonctive oculaire, se trouve toujours placé, au moins d'après ce qui a été observé jusqu'ici, à une distance considérable du pli palpébro-oculaire. La paupière, par conséquent, n'a presque pas d'action sur lui, ce qui permet à l'animal naturellement globuleux de se développer uniformément dans tous les sens et de produire une tumeur arrondie. La conjonctive étant moins lâche et plus adhérente à mesure qu'elle s'éloigne de ce grand pli, la tumeur produite par le cysticerque doit aussi être moins mobile.

A cause de la quantité minime de liquide et de l'opacité du corps de l'animal qu'elle contient, cette tumeur helminthique doit aussi être moins diaphane. Nous venons par là de tracer presque tous les traits du diagnostic différentiel de ces

deux espèces de tumeur; nous les compléterons en peu de mots. La grosseur produite par le cysticerque sous-conjonctival présente aussi des adhérences plus fortes; car l'irritation produite par la succion de l'animal, qui vit aux dépens des parties voisines, et par son extension et sa contraction alternatives, est beaucoup plus vive. Il en résulte que le tissu cellulaire, chroniquement enflammé et épaissi dans le voisinage de la tumeur, la rend plus adhérente. En outre, lorsque la paroi antérieure du kyste entozoïque n'est pas encore très-épaisse, on y reconnait, à travers la conjonctive moins injectée ici qu'à sa circonférence, une tache jaunâtre pâle, irrégulièrement arrondie ou ellipsoïde et formée par le corps de l'animal, tache qu'on ne voit pas dans l'autre espèce de tumeur qui fait le sujet de ce travail.

§ 3. *D'une espèce de tumeur en apparence séreuse que forme la conjonctive distendue par l'humeur aqueuse.* — A la suite de plaies de la sclérotique incomplétement cicatrisées, il reste quelquefois dans cette membrane une ouverture fistuleuse plus ou moins grande, quelquefois capillaire et par conséquent difficile à découvrir. L'humeur aqueuse, en fuyant incessamment à travers cette solution de continuité pendant les contractions des muscles oculaires, s'épanche sous la conjonctive, la décolle, la soulève en forme de tumeur assez généralement immobile et irrégulièrement arrondie, dont le volume varie, mais devient parfois considérable. La conjonctive, distendue et amincie, prend un aspect séreux, sémi-diaphane, comme vitré, qui, dans certains cas, pourrait faire hésiter sur la véritable nature de la grosseur et la faire regarder comme un kyste séreux. Quand la lésion traumatique a eu quelque étendue, et lorsque la fistule scléroticale est plus ou moins large, celle-ci, visible dans la profondeur, à la paroi postérieure de cette espèce d'ampoule, se montre comme une tache noirâtre en continuité avec la cicatrice par sa forme et sa direction. Il en est autrement, quand la fis-

tule est capillaire, par conséquent imperceptible à travers la conjonctive et le liquide accumulé, et que la blessure, de peu d'étendue et de gravité, a déjà été oubliée par le malade, ou, comme cela peut arriver, n'a pas attiré son attention, ou, du moins, n'a pas été jugée pénétrante. Alors le diagnostic est d'une grande difficulté. On peut pourtant l'assurer par les circonstances que nous venons d'indiquer, par l'immobilité ou le peu de mobilité de la tumeur, et par la continuité entre ses parois et la conjonctive scléroticale. On ne pourra guère espérer de confirmer son diagnostic par une ponction exploratrice pratiquée à l'aide d'une aiguille à cataracte. Dans le cas d'une fistule scléroticale, comme dans celui d'un véritable kyste séreux, il sortira un liquide limpide. Seulement, s'il existe une ouverture fistuleuse, au bout de peu de jours ce liquide se sera reproduit intégralement; il ne remplira complétement la tumeur qu'au bout d'un certain temps, si elle est formée par une véritable poche séreuse. Mieux vaudra donc pratiquer sans plus tarder l'opération. Elle consistera à fendre la tumeur dans son plus grand diamètre par une ponction pratiquée avec une lancette et agrandie avec des ciseaux. Si, après l'écoulement du liquide, l'affaissement des lambeaux empêche de voir la sclérotique et de trouver sa perforation, surtout dans le cas où elle est capillaire, on facilitera de beaucoup l'examen, et on abrégera l'opération, en excisant un lambeau de la conjonctive. Une fois la solution de continuité de la membrane fibreuse reconnue, on la cautérisera avec un crayon de nitrate d'argent. Cette cautérisation portera sur la membrane hyaloïde mise à nu, à la surface de laquelle elle provoquera la production de bourgeons qui se convertiront peu à peu en une fausse membrane et finalement en une cicatrice. Pour obtenir ce résultat, on réitérera la cautérisation plusieurs jours de suite. Plus tard il suffira de toucher la plaie avec un pinceau imbibé de laudanum de Sydenham. Il ne faut pas cesser l'emploi du laudanum ou

d'une cautérisation superficielle, avant que la cicatrice ne soit complète et solide. Il est à remarquer que la fistule de la sclérotique, lorsqu'elle est capillaire, est toujours très-difficile à reconnaître. Il faut, après avoir soigneusement abstergé la plaie avec une petite éponge pointue et montée sur un manche, observer l'endroit où une gouttelette d'un liquide limpide suinte à travers la sclérotique.

Immédiatement après l'abaissement ou le broiement de la cataracte, lorsque, pour les pratiquer, on s'est servi d'une aiguille à lance très-large et à tige très-mince, on peut parfois observer quelque chose d'analogue aux tumeurs de la conjonctive que nous venons de décrire. Dans ce cas, surtout lorsque la conjonctive a une certaine laxité, l'humeur aqueuse s'épanche entre elle et la sclérotique. Ne trouvant pas une issue suffisante à travers la plaie de la membrane muqueuse qui, d'une part, ne garde pas son parallélisme avec celle de la membrane fibreuse, et, de l'autre, peut se contracter plus facilement, le liquide accumulé distend la conjonctive autour de la ponction en forme de tumeur assez irrégulièrement arrondie et plus ou moins élevée, mais plus mobile, plus lâche, moins transparente et plus rouge que celle que nous venons de décrire. Cette différence tient à ce que la distension de la conjonctive est trop brusque pour en altérer la texture.

§ 4. *Caractères anatomiques et microscopiques des kystes séreux sous-conjonctivaux.* — Ces tumeurs me semblent primitivement formées par une membrane séreuse et mériter par cette raison le nom de *kystes séreux*. Le kyste, à mesure qu'il s'accroît, comprime, condense le tissu cellulaire sous-conjonctival ambiant dans lequel il a été primitivement déposé, et le change en une espèce de membrane fibro-séreuse très-mince, qui ne lui ôte pas sa semi-transparence et lui donne, à son extérieur, l'aspect d'un kyste fibreux mince. Il manque à cette membrane les caractères du tissu fibreux véritable, savoir : les fibrilles flexueuses, ondulées.

Ses caractères microscopiques sont ceux du tissu cellulaire, c'est-à-dire des fibres primitives très-fines, s'entre-croisant en tous sens. Le nom de *kyste séreux pseudo-fibreux* me semble donc parfaitement caractériser les tumeurs de cette nature. Jusqu'à l'opération pratiquée le 8 janvier 1846 (obs. 2), j'ai toujours énucléé ces kystes avec le soin le plus minutieux. En réussissant ainsi à les soumettre dans leur intégrité à l'examen anatomique, j'ai pu me convaincre qu'à leur face interne ils sont doublés d'une membrane séreuse qu'il est impossible d'isoler, et qu'à l'extérieur ils sont formés par cette membrane pseudo-fibreuse que je viens de décrire, membrane qui se trouve réunie à la conjonctive par du tissu cellulaire dont elle ne diffère que par sa plus grande densité et son aspect fibreux. Les caractères qui viennent d'être décrits distinguent également cette sorte de tumeur des véritables kystes fibreux et des kystes hydatiques.

Ces derniers peuvent être fibreux ou pseudo-fibreux à l'extérieur. Quelle que soit la nature de la membrane qui les revêt extérieurement, ils contiennent à l'intérieur une vésicule séreuse entièrement fermée, semblable à la vessie caudale du cysticerque et parfaitement isolée du kyste extérieur auquel elle n'adhère nulle part. C'est ce kyste rempli d'un liquide séreux qui, d'après les recherches microscopiques récentes, contient toujours des échinocoques, soit libres dans le liquide, soit attachés aux parois de la vessie, soit encore dans l'une et l'autre de ces conditions. Or, ce kyste libre et isolé, je ne l'ai rencontré dans aucune de ces tumeurs de l'œil et de ses dépendances qu'on appelle vulgairement tumeurs hydatiques ou hydatides et qui, primitivement séreuses, sont en dehors pseudo-fibreuses. Leur membrane séreuse interne est étroitement adhérente, et se laisse à peine détacher par petits lambeaux. Tels sont au moins les caractères anatomiques et microscopiques que je leur ai toujours reconnus, et que M. Mandl, si expert en fait de recherches

d'anatomie microscopique, a constatés avec moi, à la fin d'août 1845, sur un de ces kystes, au moment même ou je venais de l'extirper dans toute son intégrité. C'est encore le résultat que M. Livois a confirmé tout dernièrement, comme on va voir dans l'obs. 2. Jusqu'à ce qu'un nombre suffisant de faits bien authentiques soient venus prouver le contraire, je me crois en droit d'affirmer qu'il s'agit ici de kystes séreux simples et non de kystes hydatiques. Quant aux kystes véritablement fibreux que nous venons de mentionner, nous ne les avons pas non plus rencontrés sous la conjonctive oculaire.

§ 5. *Du mode opératoire le mieux approprié à ces tumeurs.* — Nous nous demanderons maintenant s'il faut préférer l'excision de ces tumeurs à leur extirpation. Il est facile de se convaincre qu'elles sont recouvertes par la conjonctive dans presque toute leur étendue, à l'exception d'une partie peu considérable de leur surface formée par leur face postérieure. J'ai donc regardé d'abord leur extirpation comme le meilleur mode opératoire, mode que j'ai par conséquent exclusivement employé jusqu'ici. Aussi ai-je toujours réussi à enlever le kyste dans toute son intégrité, ce qui certes est de la plus grande utilité pour l'examen anatomique et surtout microscopique, le liquide dans lequel nagent souvent la partie la plus considérable des animalcules, quand il en existe, ne pouvant s'échapper qu'au moment et dans les proportions que l'on désire. En même temps on peut espérer de voir les lambeaux de la conjonctive se recoller, et d'éviter par ce moyen la dénudation et le bourgeonnement du tissu cellulaire sous-conjonctival, ainsi qu'une cicatrice trop large, trop ferme ou difforme. Mais ce mode opératoire est toujours fort laborieux; la dissection, généralement pénible, prolonge de beaucoup les souffrances du malade, bien que la douleur ne soit pas excessivement vive. En se hâtant trop, on peut facilement ouvrir le kyste qui est extrêmement mince, et on perd ainsi tout l'avantage de cette méthode. En outre les

lambeaux ne se recollent pas aussi facilement qu'on le croirait ; la cicatrice devient plus marquée qu'on ne l'aurait pensé. Il en est surtout ainsi, lorsqu'il existe des adhérences plus ou moins intimes et étendues entre la conjonctive et le tissu cellulaire sous-conjonctival d'un côté, et le kyste d'autre part. Cela s'observe encore, lorsque la tumeur, comme cela arrive quelquefois, surtout quand elle est située du côté du grand angle, envoie des prolongements profonds entre le globe oculaire et les paupières ou sous le pli semi-lunaire de la conjonctive. Chez les enfants et les personnes nerveuses et indociles particulièrement, ces difficultés de l'opération sont augmentées par des mouvements violents des yeux, des paupières, et surtout de la tête et du corps. L'application d'un ophthalmostate, d'élévateurs, ou d'abaisseurs, est impossible ; au moins à la paupière sous laquelle est placée la tumeur, que cet instrument pourrait rompre ou déchirer. Par cette raison je pense maintenant que le mode opératoire le meilleur, le plus simple, et qui fait le moins souffrir le malade, c'est son excision complète ou incomplète. On saisit la tumeur avec une pince à érignes qu'on implante derrière sa paroi postérieure dans la conjonctive ; on l'attire en avant, et, à l'aide d'une paire de ciseaux oculaires courbés sur le plat, on en pratique la rescision. Lorsque la grosseur est peu volumineuse, c'est plutôt la conjonctive que l'on coupe derrière elle à sa base, et de cette manière on enlève le kyste en entier. Le kyste est-il trop volumineux, on en resèque la partie antérieure, et on laisse la plus petite portion possible de sa paroi postérieure. Dans le seul cas où il est extrêmement tendu et élastique, comme dans ma dernière opération (obs. 2), on pourrait laisser une portion plus considérable de sa paroi postérieure, que l'on attirerait après coup avec une pince à dents, afin de la disséquer et détacher à l'aide des ciseaux. Si elle était retenue par de trop fortes et de trop nom-

breuses adhérences, on en disséquerait toujours une partie, et le faible reste qu'on abandonnerait ne pourrait guère donner lieu à la reproduction de la tumeur.

Vers le milieu du mois d'octobre 1845, je fus consulté par M. le docteur Louvel, de Saint-Denis, pour une tumeur semblable, mais peu volumineuse, située derrière la paupière inférieure droite d'une jeune dame, sous le pli palpébro-oculaire de la conjonctive. Je conseillai à ce chirurgien de pratiquer l'excision à l'aide de ciseaux courbes introduits derrière la face postérieure de la tumeur, après l'avoir auparavant fortement attirée avec des pinces à érignes. L'opération, exécutée de cette façon, réussit parfaitement et sans rechute. La cicatrice, devenue linéaire d'abord, a fini par disparaître entièrement; elle n'a exercé aucun tiraillement sur les organes intéressés. Ce procédé sera donc définitivement le meilleur, toutes les fois qu'il s'agira d'un kyste d'un petit volume et d'une rénitence modérée. Il n'en sera pas absolument de même dans les cas de tumeurs volumineuses, distendues par le liquide contenu et par des adhérences.

Obs. II. — Le 5 janvier 1846, j'eus occasion de faire, à ma clinique, une nouvelle observation de ce genre. Le sujet était une jeune fille de huit ans et demi, Olivia O..., fille d'un ébéniste de la rue Saint-Nicolas-Saint-Antoine. Chez cette jeune fille, la tumeur, plus volumineuse que dans aucun des cas observés par moi jusqu'ici, s'étendait horizontalement derrière la paupière inférieure à travers laquelle on la reconnaissait à une saillie qui aurait été plus marquée, si la consistance de la tumeur avait été plus grande. Toutefois, à cause de son volume et de sa distension par la quantité plus notable de liquide, elle était ici plus rénitente que je ne l'avais observé jusqu'alors. Elle était aussi plus adhérente et recouverte, à sa partie inférieure antérieure, immédiatement au-dessus du tarse, lorsqu'on renversait la paupière, c'est-à-dire, près du bord libre de ce cartilage, par des fibres assez épaisses, d'un rose pâle, formées sans doute de tissu cellulaire condensé qu'on voyait à travers la conjonctive. En tiraillant la

paupière de haut en bas et en la refoulant de la manière que nous avons indiquée, on pouvait déplacer la tumeur et la faire remonter dans une certaine étendue au-devant du globe oculaire; mais il était presque impossible de la soulever et de l'éloigner de la sclérotique et du pli palpébro-oculaire. La partie inférieure de sa paroi antérieure et les fibres rosées et irrégulières que nous venons d'indiquer se continuaient immédiatement avec la conjonctive du tarse. La transparence de la tumeur était moindre que d'ordinaire; elle était aussi plus rénitente, comme nous l'avons dit, surtout lorsque, pour la faire remonter, on était forcé de la comprimer un peu. Je me décidai à la réséquer, et, vu l'impossibilité de la soulever et de l'éloigner par la traction de la sclérotique et de la paupière, je comptais laisser une partie notable de sa paroi postérieure. Contre mon espérance, je réussis, en la saisissant entre les branches d'une pince à larges et doubles érignes et en la soulevant le plus possible, à la détacher assez complétement par plusieurs coups de ciseaux courbés sur le plat. Quelques petits lambeaux qui restèrent du côté du grand angle, près du pli semi-lunaire et de la caroncule lacrimale, furent attirés avec une pince et excisés après coup. N'ayant pas ménagé la conjonctive, comme cela avait eu lieu dans les opérations antérieures pratiquées par l'énucléation, et ayant dû nécessairement mettre à nu une portion du tissu cellulaire sous-conjonctival dans le pli palpébro-oculaire, j'appréhendais que, par le contact des surfaces dénudées du globe et de la paupière, il ne se formât un symblépharum. Pour l'empêcher, je conseillai de tirer fréquemment sur la paupière inférieure en dirigeant le globe oculaire en haut. De cette manière on obtint une cicatrisation convenable, sans gêne pour les mouvements du globe et de la paupière. Toutefois, on ne put empêcher celle-ci d'adhérer légèrement par sa partie inférieure à la portion correspondante de la surface du globe. Des fomentations d'eau froide furent faites pendant trois jours. Le quatrième jour, la conjonctive oculaire étant chémosée près du bord de la plaie, un purgatif fut administré. Afin d'arriver à une certitude positive sur la nature de la tumeur et de son contenu, j'avais prié M. Livois, qui, à l'occasion de sa thèse (*Sur les échinocoques ;* Paris, 1843) et depuis, a fait une étude spéciale des tumeurs hydatiques et de l'échinocoque, d'assister à l'opération et de se charger de l'examen microscopique. Le résultat fut absolument le même que dans les cas précédents. Le kyste ne contenait point de vésicule hydatique. Il était pseudo-fibreux à l'extérieur, c'est-à-dire composé de tissu cellulaire con-

densé. A sa face interne séreuse, on pouvait à peine en détacher quelque petits lambeaux. On ne put découvrir d'échinocoques dans le liquide qu'il contenait.

§ 6. *L'excision ou l'incision de ces kystes rend inutile leur énucléation.* — Lorsqu'ils sont petits, l'excision, telle que je l'ai indiquée, suffit parfaitement. Quand ils sont plus volumineux, je me propose de les opérer désormais de la manière suivante. Avec une pince fine et munie de dents extrêmement petites, quand la tumeur est à la paupière inférieure, on soulève la conjonctive au milieu de la partie supérieure du kyste; on la soulève à sa paroi antérieure ou inférieure au contraire, quand la tumeur est située derrière la paupière supérieure. Dès le commencement de l'opération, un aide tient un petit bocal ou un verre à montre au dessous du kyste, pour recueillir soigneusement le liquide aussitôt qu'il s'écoule. La conjonctive, soulevée en un pli vertical, est divisée transversalement dans la direction d'une commissure à l'autre et dans l'étendue de cinq à six millimètres, ou plus même quand cela peut se faire sans difficulté. On la dissèque dans une petite étendue, si elle n'est pas trop adhérente. On saisit alors la membrane externe du kyste, on l'incise et on essaye de la disséquer également à quelque distance, mais avec beaucoup de précaution, afin de ménager la vésicule hydatique, dans la supposition qu'il y en ait une. Si elle existe, ce qui n'est guère probable, ou ce qui, du moins, doit être extrêmement rare, on peut l'extraire, après avoir dilaté avec précaution l'incision de la membrane externe; en cas d'impossibilité, on peut, si elle ne s'est pas déchirée, la ponctionner pour recueillir le liquide. Si cette vésicule n'existe pas, on aura au moins ouvert et vidé le kyste. Alors on saisira entre les branches d'une pince la membrane flasque dans sa partie dépouillée de la conjonctive et on essayera de l'extraire. En cas de non-succès, on la coupera avec la conjonctive susjacente, à quelque distance de sa base. De cette manière on laissera une

étendue suffisante de la conjonctive, pour que le tissu cellulaire sous-conjonctival palpébro-oculaire ne soit pas mis à nu. Il ne pourra, par conséquent, se former de symblépharum; la guérison aura lieu par une cicatrice linéaire.

§ 7. *Des kystes séreux sous-conjonctivaux placés ailleurs que dans le pli palpébro-oculaire.* — On a déjà vu que, par ma propre expérience, je n'en connais point d'exemple. L'observation suivante m'a été communiquée par le docteur Guillaume Sœmmering, de Francfort sur le Main; je l'ai complétée d'après un fort beau dessin à l'aquarelle exécuté d'après nature par ce confrère, aussi habile artiste que médecin distingué. Le kyste me paraît avoir été de la nature de ceux que j'ai décrits; il en diffère, toutefois, par l'épaississement notable de sa membrane externe. Il pourrait à la rigueur avoir contenu une vésicule hydatique et des échinocoques, mais non un cysticerque.

Obs. III. — Au commencement du mois d'août 1836, j'observai sur une jeune fille, Catherine D., de Vilbel près Francfort, âgée de dix-sept ans, une vésicule hydatique semi-transparente, transversalement ovoïde, presque cylindrique, placée sous la conjonctive oculaire, immédiatement au-dessous du bord inférieur de la cornée, et recouvrant un peu ce bord par sa circonférence supérieure. Elle avait atteint, en six mois, un volume d'environ 15 millimètres de long, 7 de haut et 6 d'épaisseur. Sa nutrition semblait sous la dépendance de nombreux vaisseaux sanguins de la conjonctive oculaire qui s'épanouissaient autour d'elle, et dont quelques-uns la traversaient de haut en bas. A la première visite que me fit la malade, après avoir dessiné cette tumeur, j'en fis facilement l'ablation par une incision (*einen Schnitt*). Cette tumeur présentait au toucher, comme au moment de l'incision (*beim Oeffnen*), une dureté presque cartilagineuse; néanmoins, par l'incision, elle s'affaissa immédiatement. Je n'ai point revu la malade.

Toutefois, je crois actuellement qu'il existait sous la conjonctive un vers cystique (*ein Blasenwurm*), et non pas seulement une vésicule hydatique, comme j'avais cru alors. Qu'en dites-vous? vos cas de cysticerque sous-conjonctival avaient-ils cet aspect?

Si je n'ai pas vu de kyste séreux simple ailleurs que dans le pli palpébro-oculaire, j'ai cependant plusieurs fois observé des tumeurs analogues, mais infiniment moins volumineuses, dans des cas de ptérygium. On rencontre quelquefois sur la partie du ptérygium qui recouvre la cornée ou sa jonction avec la sclérotique, de petites vésicules transparentes, de véritables petits kystes séreux développés à la face externe de ces membranes. Ces kystes, peu volumineux, sont sillonnés par les fibres rougeâtres du ptérygium, amincies, faiblement colorées, peu nombreuses et fort distantes les unes des autres dans toute l'étendue de cette petite tumeur. Ces kystes n'ont pas d'ordinaire au delà de la grosseur d'un grain de millet. Je ne connais qu'une seule exception où la tumeur, située sur la jonction de la sclérotique et de la cornée, du côté du grand angle, sous la partie la plus mince de l'hypertrophie de la conjonctive, avait environ 5 millimètres de haut et presque autant de large, et était un peu plus aplatie à sa moitié interne. La tumeur transparente avait quelque ressemblance avec un cysticerque sous-conjonctival naissant, mais s'en distinguait néanmoins par sa forme plus irrégulière, sa plus grande pellucidité et l'absence du point jaune central. Le kyste séreux, enlevé à l'aide du bistouri, en même temps que le ptérygium, par le confrère qui, en 1843, m'avait fait observer ce cas, était analogue à ceux qu'on trouve sur les paupières (§ 9).

§ 8. *Des kystes séreux dans la chambre antérieure.*— Pour compléter ce que nous avons dit jusqu'à présent, nous aurions dû parler aussi des kystes séreux développés dans la chambre antérieure; mais il sera plus naturel de traiter ce point dans un autre travail dont nous nous occupons, travail qui a pour sujet les entozoaires et plus particulièrement le cysticerque et l'échinocoque développés dans les chambres de l'œil. Or, les kystes séreux, placés dans cette partie de l'organe de la vision, sont souvent très-difficiles à distinguer de

ces derniers, et, par conséquent, doivent être traités en même temps qu'eux.

II. *Des kystes séreux palpébraux.*

§ 9. *Des kystes séreux simples des paupières.* — On voit quelquefois à la face externe des paupières, surtout dans le voisinage de leurs bords libres et des cils, des tumeurs d'une nature semblable, généralement beaucoup plus petites : ce sont de petits kystes séreux, ordinairement recouverts par le seul épiderme, qu'on a décrits sous le nom d'*hydatides* ou *phlyctènes des paupières*. Ils se présentent sous l'aspect d'une vésicule lisse, presque transparente, remplie d'un liquide limpide, tantôt de forme ovalaire et transversalement allongée, tantôt arrondie, quelquefois même allongée de la base vers le sommet et un peu conique. Leur volume varie depuis celui d'un grain de millet jusqu'à celui d'une petite fève. Je n'en ai point vu de plus gros, ce qui ne veut nullement dire qu'ils ne puissent s'accroître davantage. Leur extirpation est inutile, bien qu'en général on puisse les mettre à nu sans grande difficulté, en enlevant l'épiderme, après l'avoir soulevé avec des pinces très-fines et incisé. Il suffit de les ouvrir par une ponction ou une petite incision. On saisit le kyste à l'aide d'une pince à dents très-fines et mousses, et on l'extrait souvent avec facilité. Quand on n'y réussit pas, on n'a qu'à toucher l'intérieur du kyste avec un crayon de nitrate d'argent pointu, après avoir excisé, à l'aide de ciseaux fins, une portion de sa paroi antérieure avec l'épiderme qui la recouvre. En procédant de cette manière, je n'ai pas rencontré de rechutes.

§ 10. *Des kystes séreux sanguins des paupières.* — Dans des cas rares, ces petits kystes, situés alors un peu plus loin du bord libre des paupières et des cils, ont une teinte bleuâtre ou brunâtre qui les fait ressembler à une pe-

tite varice. Ils doivent sans doute cette couleur à un liquide sanguinolent épanché dans leur cavité. Je ne puis rien préciser à cet égard, n'ayant eu occasion qu'une seule fois d'en extirper un. Le plus volumineux de tous ceux que j'aie eu occasion de voir était situé dans le voisinage du sac lacrymal droit sur un homme d'une cinquantaine d'années et d'ailleurs bien portant. Cette petite tumeur avait 4 millimètres dans ses diamètres vertical et antéro-postérieur et 6 à 7 millimètres dans son diamètre transversal. C'était dans le mois qui précédait l'ouverture du Muséum zootomique de la Faculté de médecine. Le kyste, énucléé dans toute son intégrité, était séreux, d'un rouge sale à sa face externe. Son contenu, autant qu'on pouvait le voir à travers ses parois, était un liquide semblable à du sang plutôt veineux qu'artériel ou au moins d'un rouge un peu brunâtre. Je le portai sur-le-champ chez M. Mandl, pour le soumettre avec lui à l'examen microscopique. N'ayant pas rencontré ce confrère, je laissai la pièce chez lui, en le priant de l'examiner et de la décrire avec soin. Fort absorbé par le Muséum, il n'eut pas le temps de s'occuper de cette pièce si intéressante et unique jusqu'à présent; il oublia même de me la renvoyer. Force m'est donc de m'en tenir à mes conjectures sur le liquide sanguinolent contenu. On sait d'ailleurs que, dans d'autres séreuses chroniquement enflammées, il s'épanche quelquefois du sang en quantité plus ou moins grande. Ici, il n'y avait eu aucune cause traumatique qui pût expliquer la présence d'un liquide mêlé de sang.

§ 11. *Du milium palpébral et des autres tumeurs non séreuses.* — Le *milium* (*grain de millet*), petite tumeur développée sur le bord des paupières ou dans son voisinage, n'est que l'accumulation de matière sébacée produite par l'altération d'un des follicules. Ce n'est donc pas ici le lieu d'en traiter, pas plus que des chalazions (que beaucoup de chirurgiens confondent avec les kystes), ni des kystes fibreux

véritables, ni enfin des autres tumeurs des paupières ou de l'orbite.

Nous n'avons pas la prétention d'avoir fait dans ce mémoire l'histoire complète des tumeurs séreuses du globe oculaire et des paupières. Toutefois, nous espérons n'avoir commis aucune omission essentielle.

NOTE SUR CERTAINS CARACTÈRES DE SÉMÉIOLOGIE RÉTROSPECTIVE PRÉSENTÉS PAR LES ONGLES ;

Par le Dr J.-H.-S. Beau, *médecin de l'Hôtel-Dieu annexe, agrégé à la Faculté de médecine de Paris.*

On sait que certaines maladies laissent à leur suite des stigmates qui sont plus ou moins apparents, et qui restent comme le cachet irréfragable de l'existence antérieure de ces maladies.

C'est ainsi que les cicatrices irrégulières de la peau à la région du cou, et notamment au-dessous de l'angle de la mâchoire, démontrent d'une manière à peu près certaine que ces cicatrices sont le résultat d'abcès scrofuleux qui ont existé à une époque plus ou moins reculée.

C'est encore ainsi que les plis et les éraillures de la peau qui recouvre la partie antérieure de l'abdomen, indiquent, à n'en pas douter, que les parois abdominales ont subi dans le temps une distension mécanique qui pouvait dépandre de la grossesse, d'une ascite, d'un kyste, etc.

Et du reste, est-il besoin de rappeler que les individus qui ont été affectés de variole portent des marques qui permettent toujours, même à ceux qui ne sont pas médecins, d'établir d'un manière certaine le diagnostic rétrospectif de cette maladie ?

D'autres fois les lésions matérielles que certaines maladies

laissent à leur suite ne sont pas durables et en quelque sorte indélébiles, comme celle que je viens de rappeler. Ces lésions consécutives ne durent que pendant un certain temps, après lequel elles se dissipent complétement.

On trouve un exemple de ces sortes de stigmates temporaires dans la chute des cheveux qui suit quelquefois les fièvres graves. Au bout de quelque temps, les bulbes capillaires reprennent leur force de sécrétion habituelle, et les cheveux reviennent insensiblement à l'état de longueur et d'abondance où ils étaient auparavant (1).

Il en est de même des ongles dont la chute peut être souvent observée dans les mêmes circonstances que celles des cheveux. Ils repoussent également, au fur et à mesure que la matrice unguéale rentre dans ses fonctions de sécrétion. Et au bout d'un certain temps, les ongles de nouvelle formation ont repris les mêmes dimensions, la même forme et la même consistance que celles des ongles anciens.

En partant de ce dernier fait, il est tout naturel de se demander si beaucoup de maladies qui ne sont pas assez graves pour entraîner la chute des ongles, c'est-à-dire pour arrêter complétement la sécrétion de leur matrice, ne peuvent pas avoir assez d'influence sur cette sécrétion pour l'enrayer plus ou moins; de telle sorte qu'il en résulte, non plus une chute de l'ongle, mais seulement des sillons ou des dépressions qui restent sur les ongles pendant un certain temps comme les vestiges, ou si l'on veut, comme les signes rétrospectifs de la maladie d'où ils émanent. C'est en effet ce qui a lieu, et ce qui va être exposé dans cette note.

Les maladies ont donc pour effet de produire sur les ongles

(1) Les cheveux courts et bouclés que l'on est étonné de voir souvent sur la tête des jeunes filles sont ordinairement le résultat et l'indice d'une fièvre typhoïde récente.

des sillons ou des dépressions qui dépendent d'un enrayement temporaire des fonctions végétatives de la matrice de l'ongle.

Il y a dès lors à rechercher : 1° quels sont les caractères physiques de ces dépressions; 2° quelles sont les maladies sous l'influence desquelles elles apparaissent; 3° quels sont les indices que peuvent fournir ces sillons pour déterminer après coup la nature de la maladie qui les a produits, sa durée, et l'époque à laquelle elle a existé.

Tels sont les différents détails dans lesquels nous allons entrer.

1° *Caractères physiques des sillons des ongles.*

Ces sillons ont une direction parallèle à celle de la matrice de l'ongle, ou si l'on veut, ils sont placés tranversalement sur la face de l'ongle.

Leur profondeur varie beaucoup. Quelquefois ils sont constitués par une dépression très-légère; d'autres fois ils occupent la petite totalité de l'épaisseur de l'ongle En général, ils sont plus marqués sur la partie médiane de l'ongle que sur ses côtés; en général aussi, ils sont d'autant plus profonds que l'ongle est plus gros. C'est pour cela qu'il faut les chercher à peu près uniquement sur l'ongle du pouce, car ils y sont toujours plus marqués que sur les ongles des autres doigts. Et quelquefois même, l'ongle du pouce en présente d'assez visibles, sans qu'il soit possible d'en découvrir ailleurs.

Leur étendue affecte la totalité du diamètre transversal de l'ongle. Mais quelquefois, quand ils sont peu profonds, ils occupent seulement la partie moyenne de ce diamètre, et de là ils s'effacent à mesure qu'ils s'éloignent de la partie médiane de l'ongle.

Leur largeur varie infiniment; quelquefois elle est d'un demi-millimètre; d'autres fois elle occupe la presque totalité de l'ongle.

Les bords de la dépression peuvent se fondre insensiblement avec la face de l'ongle; d'autres fois ils sont taillés brusquement, coupés à pic. Les deux bords de la dépression peuvent présenter en même temps l'une des deux dispositions précédentes; quelquefois un bord est brusquement coupé, tandis que l'autre ne l'est pas.

On trouve les sillons en différents points de la face libre de l'ongle, près du bord postérieur, vers la partie moyenne, etc., suivant l'espace de temps qui s'est écoulé depuis la maladie sous l'influence de laquelle ils se sont formés. Et à ce sujet on voit qu'il est très-intéressant de chercher à préciser quelle est la loi de temps qui préside à l'accroissement et au mouvement continu de génération des ongles, parce qu'une fois cette loi connue, il sera facile de savoir non-seulement à quelle époque a existé la maladie qui a produit le sillon, mais on pourra, en considérant sa largeur, déterminer assez justement la durée de la maladie elle-même.

Pour obtenir cette estimation, on fait une marque indélébile à l'ongle, soit au moyen d'un instrument tranchant, soit avec le nitrate d'argent, et l'on note de combien cette marque s'avance vers le bord libre de l'ongle dans un temps donné. On observe, à l'aide de ce procédé, que la loi d'accroissement des ongles est la même pour les ongles de tous les doigts; en effet, tous ces ongles croissent d'un millimètre par semaine. L'accroissement des ongles des orteils est soumis aussi à une loi qui ne varie pas pour chacun d'eux; mais il est quatre fois moins rapide que celui des ongles des doigts, puisqu'il est seulement d'un millimètre toutes les quatre semaines (1).

---

(1) Ce peu d'énergie de l'action végétative de l'ongle des orteils, comparée à celle de l'ongle des doigts, cadre parfaitement avec ce que l'expérience clinique nous a appris au sujet des plaies des pieds qui, toutes choses égales d'ailleurs, se cicatrisent avec beaucoup plus de lenteur que celles des mains. Or, n'est-il pas rationnel d'assimiler entre elles la force végétative de la cicatrisation des plaies avec celle de la sécrétion des ongles?

On voit par là que l'ongle du pouce, qui, sur un homme adulte, à environ 20 millimètres de longueur en y comprenant la partie cachée du bord postérieur qui est enclavée dans la matrice; cet ongle, dis-je, mettra vingt semaines ou cinq mois pour faire son évolution complète. Quant à l'ongle du gros orteil, dont le diamètre antéro-postérieur (chez l'homme adulte) est d'environ 24 millimètres, il lui faudra quatre-vingt-seize semaines ou vingt-quatre mois, ou deux ans pour faire la même évolution.

Cette loi d'accroissement est la même pour l'état de santé et de maladie. Les ongles, en effet, poussent de la même quantité lorsque l'on est malade que lorsqu'on se porte bien. Et par conséquent la génération des ongles n'est affectée par l'état de maladie que dans la quantité des matériaux secrétés par la matrice unguéale; ces matériaux sont moins abondants que pendant l'état de maladie. Et c'est de la diminution de ces matériaux que résulte la formation des sillons ou des dépressions qui nous occupent.

Tels sont les résultats que fournit l'observation au sujet de l'accroissement des ongles. Nous reviendrons bientôt sur ce sujet pour montrer toutes les conséquences qui en découlent. Nous allons pour le moment achever l'exposition de tous les caractères des sillons.

Jusqu'à présent nous avons supposé que les sillons étaient uniques, et que par conséquent il n'y avait eu qu'une seule maladie pour les produire. Cependant il n'en est pas toujours ainsi : il n'est pas rare, en effet, d'en observer deux ou même trois sur un seul ongle, séparés par des espaces plus ou moins considérables. Dans ce cas, ces sillons répondent à deux ou trois affections morbides de la même espèce ou de nature différente, dans l'intervalle desquelles la santé était à l'état normal.

D'autres fois les sillons ne sont pas également marqués ou aussi nombreux sur chacun des deux ongles correspondants;

ce qui prouve que la sécrétion de l'ongle, à l'un et à l'autre côté, n'a pas été également influencée par la maladie qui détermine la formation des sillons.

2° *Des maladies sous l'influence desquelles se produisent les sillons des ongles.*

Puisque la fièvre typhoïde est une maladie qui peut entraîner la chute complète des ongles, il est tout naturel de la compter en première ligne de celles qui déterminent les sillons que nous avons décrits.

Nous ajouterons à la fièvre typhoïde les différentes pyrexies, les phlegmasies, et toutes les affections dans lesquelles la réparation alimentaire et l'assimilation sont suspendues ou notablement diminuées, surtout quand il s'y joint de la fièvre.

Les sillons ou dépressions des ongles se montrent aussi après l'action des différentes causes morales qui ont profondément influencé les fonctions digestives.

L'état de couches agit aussi de la même manière; il n'est pas nécessaire, pour cela, qu'il soit marqué par des maladies sérieuses. Les quelques jours d'alitement et de diète qui suivent l'accouchement suffisent souvent pour laisser des traces sur les ongles.

Il est bien entendu que les sillons des ongles sont d'autant plus marqués que l'affection qui les a déterminés était plus grave. C'est pour cela que lorsque l'affection est légère, il est nécessaire qu'elle se montre brusquement pour que le sillon soit suffisamment apparent; car autrement le passage de l'état de santé à celui de maladie légère se faisant très-graduellement, il en résulte une dépression à bords si insensibles, qu'elle n'existe pas à proprement parler.

3° *Des indices que peuvent fournir les sillons pour déterminer après coup la nature de la maladie qui les a produits, la durée de cette maladie, et l'époque à laquelle elle a existé.*

Comme on le voit, cette troisième question n'est autre chose qu'une série de problèmes pour la solution desquels il faut se rappeler tout ce que nous avons dit précédemment. Et par conséquent il est nécessaire de se rappeler d'abord que les sillons, dont les différents caractères vont être ici d'une si grande importance, doivent être cherchés particulièrement sur les ongles des pouces et des gros orteils. Nous en avons donné la raison : c'est parce qu'ils n'existent jamais sur les autres ongles sans les rencontrer sur ceux-là, et que souvent les ongles des pouces et des orteils sont les seuls sur lesquels les sillons soient apparents.

Les indices que ces sillons fourniront auront trait à la nature ou à l'intensité de la maladie passée, à l'époque de son existence, à sa durée et à son mode d'invasion et de terminaison.

A. La nature grave ou la grande intensité de la maladie sera démontrée par la profondeur du sillon. Cela est tout naturel. Si, en effet, certaines affections ont pour résultat d'entraver tellement la sécrétion de la matière des ongles qu'il y ait solution de continuité complète dans les matériaux sécrétés, c'est-à-dire qu'il y ait chute de l'ongle, on doit concevoir que plus la maladie a été grave, plus le sillon produit par elle aura de la profondeur.

B. L'époque à laquelle la maladie aura eu lieu sera dénotée par le lieu de l'ongle où se trouve le sillon. Mais le mouvement d'accroissement des ongles n'étant pas le même pour les ongles des pouces et celui des gros orteils, il s'ensuit qu'il faut considérer à part les sillons qui affectent ces différents ongles.

L'ongle du pouce avance, comme nous l'avons dit, d'un millimètre par semaine. Il s'ensuit, par conséquent, que, pour avoir l'époque où a existé la maladie qui a produit le sillon, il faudra compter autant de semaines qu'il y a de millimètres entre le sillon et le bord postérieur de l'ongle. Et il faudra se rappeler que l'extrémité postérieure de l'ongle est cachée dans la matrice de l'ongle, et se trouve située à 3 millimètres environ plus en arrière que le rebord épidermique qui limite la face de l'ongle en arrière.

Mais comme l'ongle du pouce met cinq mois environ à faire son évolution complète, il s'ensuit encore que les sillons ne pourront jamais fournir d'indices sur une époque antérieure à un laps de temps de cinq mois.

Les sillons de l'ongle des gros orteils donneront, sur l'époque de la maladie dont ils résultent, des indices qui pourront remonter à deux années. Nous avons vu, en effet, que l'évolution de ces ongles met environ deux ans à se faire. Pour connaître aussi précisément que possible cette époque, il faudra compter, d'après ce que nous savons, autant de mois qu'il y a de millimètres entre le sillon et le bord postérieur de l'ongle. Nous nous rappellerons qu'au gros orteil ce bord postérieur se trouve caché à environ 5 millimètres plus en arrière que le bord de l'épiderme qui circonscrit postérieurement la face de l'ongle.

Nous ajouterons que s'il y a eu plusieurs maladies capables de produire des sillons, on le connaîtra au nombre des sillons. On connaîtra également, d'après ce qui précède, l'intervalle de temps qui les aura séparées.

C. On pourra avoir des indices sur la durée de la maladie en considérant la largeur du sillon (1). Et encore ici il faut

(1) Il est venu dernièrement dans mon service à l'Hôtel-Dieu annexe une jeune fille de 15 ans, affectée de fièvre hectique et d'infiltration purulente du bassin, à la suite d'un accouchement qui

envisager à part les ongles des doigts et ceux des orteils ; car les notions rétrospectives que donnera la largeur des sillons dépendent toujours des lois d'accroissement de l'ongle, qui ne sont pas les mêmes aux doigts et aux orteils.

Soit, en effet, un sillon situé à l'ongle du pouce ; large de 1 millimètre : cette largeur indique une maladie qui aura duré une semaine. Un sillon d'une semblable largeur, situé sur l'ongle du gros orteil, dénotera une maladie dont la durée aura été d'un mois (1).

D'après cela, nous voyons que les sillons de l'ongle des orteils sont en quelque sorte produits plus difficilement que ceux de l'ongle des pouces, et cela à cause de la lenteur d'accroissement des ongles des pieds. Toutes les fois que la maladie dure moins de quinze jours, et qu'elle n'est pas très-grave, elle laisse sur l'ongle des orteils des traces à peine appréciables.

D. Il n'est pas jusqu'au mode d'invasion et de terminaison de la maladie productrice des sillons des ongles qui ne puisse être établi, d'après la considération des sillons. Si, en effet, les bords des sillons, soit antérieur, soit postérieur, sont brusquement accusés et comme taillés à pic, on pourra en

---

avait terminé une grossesse très-heureuse. Cette fièvre a fait périr la malade après deux mois de durée ; eh bien, à la mort, on voyait sur les ongles des pouces un large sillon ou plutôt une dépression qui affectait toute leur moitié postérieure.

(1) J'ai vu, cette année (en mars), à l'Hôtel-Dieu annexe également, un individu atteint de rhumatisme articulaire, qui l'an passé avait été affecté d'une fièvre typhoïde très-grave dont il avait été malade pendant deux mois (mai et juin). Les ongles des doigts ne portaient aucune trace de cette maladie, puisqu'ils avaient eu le temps de se renouveler depuis cette époque ; mais il n'en était plus de même des ongles des gros orteils qui présentaient chacun un sillon profond, large de 2 millimètres, situé à 5 millimètres de leur bord postérieur apparent, et à 10 millimètres de leur bord postérieur caché.

conclure que la maladie s'est montrée brusquement, et qu'elle s'est terminée de même. Si, au contraire, les bords du sillon sont peu saillants, on y verra l'indice d'une transition graduelle entre l'état de santé et celui de maladie. Et dans toutes les différentes questions que l'on pourra se faire à ce sujet, on n'oubliera pas que le bord antérieur du sillon se lie au début de la maladie, et le bord postérieur à sa terminaison.

Il est encore inutile de faire remarquer ici que ces considérations fournies par les bords des sillons sont applicables surtout à l'ongle des doigts. L'ongle des orteils se répare et s'accroît d'une manière trop lente pour qu'il puisse accuser ces nuances pathogéniques.

On se tromperait fort si l'on me supposait l'idée de prétendre que toute maladie réunissant les conditions indiquées plus haut, c'est-à-dire toute maladie aiguë survenant d'une manière brusque et présentant une certaine intensité, donne infailliblement lieu aux sillons des ongles. Non certes, il n'en est pas toujours ainsi. Au reste, on aurait dû en quelque sorte prévoir que les règles posées précédemment devaient subir de fréquentes exceptions, en se rappelant ce qui a été dit plus haut, savoir, que souvent une maladie produit un sillon sur l'ongle d'un pouce, et n'en produit pas sur celui du doigt correspondant. Si, en effet, on voit la sécrétion d'un ongle rester indépendante de toute influence morbide, il n'y a pas loin de là à penser que les deux ongles correspondants peuvent, chez quelques individus et dans certaines circonstances indéterminées, rester l'un et l'autre indépendants de la même influence.

Toutefois, malgré les cas exceptionnels qui tendraient à diminuer l'importance des recherches qui font l'objet de cette note, j'ai cru que ces recherches présentaient assez d'intérêt pour pouvoir être publiées; car, me disais-je quelquefois dans

mes instants d'hésitation, si l'on ne jugeait dignes d'être produites que les lois pathologiques qui sont pures de toute exception, on en trouverait difficilement une seule qui à ce titre méritât d'être présentée.

Si on veut vérifier les résultats exposés précédemment, on verra bien souvent avec quelle merveilleuse précision on peut reconnaître l'existence d'une maladie passée, son intensité, l'époque de son existence, etc., et toutes ses circonstances principales. Les questions que l'on fait à ce sujet aux différents individus que l'on interroge, et auxquelles ils n'ont qu'à répondre par un *oui*, produit chez eux une stupéfaction qui est bien facile à concevoir.

Comme on le voit dès lors, cette étude des sillons des ongles jette souvent des lumières sur l'état antérieur d'un malade que l'on examine pour la première fois. Elle a donc son degré d'importance en séméiologie.

Elle peut en avoir aussi en médecine légale. On comprend, en effet, que si un accusé avait quelque intérêt à cacher l'existence d'une maladie qui aurait laissé des sillons sur les ongles, on pourrait partir de ces sillons pour fixer l'époque de cette maladie, sa durée, etc., et ses autres circonstances.

J'ai fait des recherches bibliographiques pour savoir si on avait déjà signalé les sillons dont je viens de présenter l'histoire. Reil est le seul auteur qui ait consigné, dans un très-court article (1), des résultats qui ont quelque analogie avec ceux que j'ai fait connaître. Voici cet article, qui est intitulé : *Unguium vitia in convalescentibus a febre maligna observata.*

Pluries mihi homines a febre maligna convalescentes occurrebant, quibus ungues penitus albescentes more capillorum decidebant. Hoc vitio, minori gradu existente, ungues omnes manuum et pedum circa radices linea,

(1) *Memorabilium clinicorum*, fascicul. 3, p. 206; Halæ, 1792.

alba, semilunari notantur, quæ superata febre cum lunula parallela prodit, usque dum post plures menses ad apices unguium promota abscinditur.

L'altération des ongles indiquée dans ce passage n'est pas un sillon, mais une ligne blanche, que, pour le dire en passant, je n'ai pas encore observée. Cette ligne blanche n'est signalée par Reil qu'après les seules fièvres malignes, tandis que les sillons peuvent être observés après toutes les affections aiguës, surtout les affections fébriles. Reil ensuite ne fait pas remarquer que la progression des lignes, qui, suivant lui, affecte en même temps les ongles des mains et des pieds, est quatre fois plus rapide dans les premiers que dans les seconds.

Toutes ces différences ne permettent donc pas de réunir et de regarder comme identiques les observations de Reil et les miennes.

REVUE GÉNÉRALE.

Pathologie et thérapeutique médico-chirurgicales.

Poumons (*Sur une affection particulière des —, observée chez les mineurs et appelée phthisie noire ou mélanose des mineurs*); par le Dr Brockmann (de Clausthal) et le Dr Archibald Makellar (d'Édimbourg). — L'influence des poussières sur la production des maladies du poumon chez les mineurs a déjà fait le sujet de nombreuses investigations; seulement la question a été diversement résolue; les uns y ont vu une des causes les plus fréquentes et les plus certaines de la phthisie tuberculeuse; les autres ont contesté d'une manière absolue la possibilité de faits de cette espèce. Mais dans ces dernières années, la question a en quelque sorte changé de face. Les recherches de Gregory (*Edinb. journal*, 1831), celles de Carswell (*Cyclop. of practic. med.*, t. III), de Marshall (*The Lancet*, 1836),

de William Thomson (*Med. chir. trans.*, t. XX et XXI), celles plus récentes de Calvert Holland, médecin à Sheffields, ont établi qu'il ne s'agissait pas de la phthisie tuberculeuse, mais bien d'une maladie qui avait ses caractères et sa marche propres, et qui paraissait causée par l'inspiration et le dépôt de molécules charbonneuses ou crétacées. Les deux mémoires dont nous allons donner un extrait à nos lecteurs, publiés à peu de distance l'un de l'autre, nous paraissent avoir pour objet la description d'une maladie de ce genre, causée très-probablement non par l'inspiration d'une poudre minérale, mais par le défaut de soin qui préside à la ventilation et à l'éclairage des mines. Les deux médecins auxquels on doit ces travaux exercent bien loin l'un de l'autre; l'un, M. Brockmann, à Clausthal, c'est-à-dire au sein des montagnes du Hartz qui renferment des mines de plomb et d'argent de la plus grande richesse; l'autre, M. Makellar, dans les environs d'Édimbourg, au voisinage des mines de charbon de terre du Haddingtonshire; et cependant, comme nous allons le voir, la description qu'ils ont tracée de cette affection présente de nombreux points de contact et des analogies vraiment frappantes.

Suivant le Dr Brockmann, les altérations anatomiques qui appartiennent à la *mélanose des poumons* peuvent être divisées en trois espèces : les altérations essentielles, les altérations accidentelles et les altérations secondaires; les altérations *essentielles* consistant en une coloration brunâtre de toute l'épaisseur du parenchyme du poumon, non-seulement des vésicules aériennes, des vaisseaux sanguins et lymphatiques, mais encore du tissu cellulaire, des nerfs, de la plèvre pulmonaire et des glandes bronchiques. Cette coloration noirâtre des poumons, qui n'altère cependant en rien leur structure, présente plusieurs variétés, que l'auteur a rattachées à quatre principales : dans la première, ou *première période* de la maladie, la mélanose se montre sous forme de plaques disséminées, d'un brun noirâtre, plus rarement de petites stries; on les aperçoit à la surface du poumon, aussi bien que dans l'épaisseur de cet organe. Dans la deuxième, ou *seconde période*, ces plaques ont plusieurs pouces de circonférence; elles sont d'une couleur plus foncée, peuvent envahir tout un lobe, tandis que le reste du poumon ne présente que quelques plaques disséminées çà et là. Lorsqu'on incise le tissu pulmonaire ainsi altéré, il s'en écoule un liquide noirâtre; cependant le tissu crépite encore, et n'offre pas une pesanteur spécifique plus considérable que le tissu sain. Dans la troisième, ou *troisième période*,

cette coloration noirâtre occupe toute l'étendue du poumon ; mais elle présente çà et là des stries d'une couleur plus claire et comme cendrée de quelques lignes de largeur ; autour des masses de mélanose, se trouvent des portions d'une couleur plus claire, qui donnent ainsi aux poumons un aspect des plus bizarres, à cette époque, les vaisseaux sont généralement moins affectés que les autres tissus constituant le poumon. Dans une *quatrième période,* le poumon est transformé dans toute son épaisseur en une masse d'un noir foncé, qui fournit à l'incision un liquide noirâtre spumeux ; cependant le tissu est encore perméable, quoiqu'il ait perdu de sa consistance. Parmi les altérations *accidentelles*, l'auteur comprend les tubercules miliaires, qui paraissent occuper plus souvent la partie inférieure que la partie supérieure des poumons, et qui, lorsqu'ils se ramollissent (ce qui est assez rare) prennent une teinte noirâtre ; puis les tumeurs squirrheuses, également noirâtres, irrégulières, inégales et très-dures ; enfin de petites cavités du volume d'un haricot, et qui renferment une substance demi-liquide et noirâtre. Parmi les altérations *secondaires*, il range les altérations qui paraissent constantes, telles que les adhérences de la plèvre, des collections de liquide dans cette cavité, le ramollissement du cœur qui est surchargé de graisse, une espèce d'atrophie du foie, et la présence dans tout le système veineux d'un liquide noirâtre, épais. Les symptômes de cette affection varient suivant la période de la maladie : dans la *première,* aucun trouble local ou fonctionnel n'en indique la présence, et l'on n'a l'occasion de s'en assurer que chez des individus qui succombent à d'autres maladies ou par accident ; dans la *seconde,* il y a quelques signes : c'est d'abord un changement dans la coloration de la face, qui prend une teinte jaunâtre, coloration qui ne tarde pas à se répandre sur tout le corps ; en même temps, le malade se plaint d'un affaiblissement graduel, de perte d'appétit, de troubles de la digestion, et plus particulièrement de douleurs vives dans les extrémités, dans le dos et dans les muscles de la poitrine. Il survient ensuite une toux sèche, ou tout au plus accompagnée d'une expectoration muqueuse, une oppression plus ou moins considérable, de fréquentes palpitations de cœur. A cette époque, la percussion et l'auscultation ne fournissent encore aucun renseignement. En général, le malade vit dans cet état pendant plusieurs années, sans faire beaucoup d'attention à l'oppression qu'il éprouve, et qui est devenue pour ainsi dire un véritable état normal. Alors vient la *troisième période :* les traits du malade sont de plus en plus altérés, ils expriment

une mélancolie profonde; la peau de la face, qui était d'un jaune terreux, devient noirâtre; l'amaigrissement fait des progrès; la faiblesse, la perte d'appétit augmentent; l'expectoration est ordinairement difficile; elle est composée de mucus grisâtre ou noirâtre, coloration qui est due à la présence de stries ou de points noirâtres; la dyspnée prend une intensité qui devient en quelque sorte caractéristique de la maladie, et qui lui a fait donner le nom d'*asthme métallique*. Le malade est surtout torturé par les douleurs musculaires, qui augmentent principalement pendant la nuit et sous l'influence du changement de temps. Dans la *quatrième et dernière période*, tout indique une terminaison prochaine : coloration livide de la face; œdème des extrémités; dyspnée effrayante; expectoration abondante, composée d'un liquide noirâtre semblable à de l'encre, ou d'un liquide gris cendré; parfois de petites masses de mucus striées de noir. Quelle que soit la période de la maladie, la fièvre en est un accompagnement habituel; règle générale, elle survient à la suite des douleurs musculaires. Quant à la fièvre hectique, elle ne survient que quelques semaines avant la mort, et elle ne s'accompagne jamais de sueurs ou de diarrhées colliquatives. Comme on le comprend, cette maladie est fort grave, surtout si le malade continue à être soumis à l'influence nuisible des mines. L'auteur pense cependant que l'on peut espérer la guérison dans la première et dans la deuxième période, pourvu que le malade renonce à ses occupations habituelles. Dans la troisième période on ne peut plus espérer de guérir le malade; tout au plus peut-on prolonger sa vie. Quant aux moyens prophylactiques, l'auteur reconnaît que, malgré toutes les améliorations apportées à l'exploitation des mines, on ne pourra que bien difficilement soustraire les malheureux mineurs à l'influence désastreuse de l'atmosphère dans laquelle ils vivent. On pourrait cependant y remédier, jusqu'à un certain point, en distribuant le travail d'une manière plus judicieuse, et en plaçant les individus qui paraissent prédisposés à cette maladie dans les endroits de la mine où l'air est facilement renouvelé, et où la fumée de la poudre, celle du bois brûlé, ou l'acide carbonique ne viennent pas en altérer la pureté; enfin, autant que possible, ne point les employer trop longtemps dans les mêmes endroits. Quant à l'origine de cette matière noirâtre, l'auteur pense qu'elle ne dépend pas seulement du carbone introduit de l'extérieur; car, bien que l'analyse chimique ait démontré qu'une partie de ce pigment est fourni par le carbone renfermé dans l'air de la mine, principalement par les fumées délétères de la

poudre, il s'est convaincu, par de nombreuses recherches, que l'organisme en fournit également sa bonne part. Comme on le voit, cette dernière opinion se rapprocherait, jusqu'à un certain point, de celle qui a été récemment émise dans ce journal par M. Natalis Guillot. Suivant l'auteur, ce pigment organique est dû à une altération particulière du sang, qu'il appelle un *excès de vénosité*. (*Hanoverische annalen*, et *Neumeister's repertorium*, décembre 1844.)

Suivant le Dr Makellar, les altérations anatomiques correspondent à trois périodes bien distinctes de la maladie: la première, dans laquelle le carbone est limité au tissu cellulaire interlobulaire et aux petites cellules aériennes: de là des altérations inévitables dans la composition du sang, et une irritation très-étendue de la membrane muqueuse des voies aériennes, irritation qui se traduit par de la toux, de la dyspnée, de fréquentes palpitations de cœur, de l'amélioration du pouls. Cependant les malades continuent leur travail; les bruits respiratoires sont forts et distincts. Aussi ne vérifie-t-on ces altérations que chez des individus qui ont succombé à des accidents ou à des maladies intercurrentes. Dans la deuxième période, où le ramollissement a commencé, plusieurs des petits kystes dont le poumon est farci se ramollissent, et la matière liquide reste enkystée ou est expectorée: de là une toux incessante, une gêne considérable de la respiration, des palpitations, de la matité à la percussion, de l'absence du murmure respiratoire en certains points, des râles nombreux dans d'autres. Dans la troisième et dernière période, plusieurs des petits kystes se sont réunis en se ramollissant, et forment des excavations fort étendues. A cette époque, tous les symptômes sont considérablement exagérés: l'auscultation fournit les signes caractéristiques des cavernes, et la pectoriloquie contraste avec l'étendue de la matité à la percussion. Les malades tombent graduellement dans le marasme, et ne tardent pas à succomber. Nous avons parcouru avec une grande attention les dix observations que le Dr Makellar a placées à la fin de son travail, et les doutes que nous avions pu concevoir sur la réalité de cette affection ont complétement disparu. Nous allons placer sous les yeux de nos lecteurs le résumé de l'une d'entre elles. Nous pensons que pour eux comme pour nous la question sera alors jugée.

Un homme de 32 ans, employé dès sa plus tendre enfance dans les mines de charbon de terre, d'abord pour traîner les charriots, plus tard comme mineur, d'une constitution forte et robuste, et d'une santé habituellement très-bonne, commença à éprouver,

vers l'année 1834, de la gêne dans la respiration, une petite toux quinteuse, ainsi qu'un peu de fièvre dans la nuit et vers le matin. Il continua à travailler pendant deux ans, c'est-à-dire jusqu'en août 1836. A cette époque, ses forces étaient épuisées, la toux fréquente, la dyspnée extrême et accompagnée de douleurs vives dans la poitrine; l'expectoration était muqueuse et sanguinolente; le pouls à 80; sous l'influence d'un traitement rationnel, les douleurs de poitrine diminuèrent, mais la toux persista; perte d'appétit; émaciation rapide; sueurs nocturnes. Une nuit, pendant de violents accès de toux, il expectora une grande quantité de matières noirâtres, et cette expectoration fut suivie d'un grand soulagement. Une nouvelle recrudescence dans les accidents fut encore calmée par une nouvelle expectoration charbonneuse; mais depuis le mois d'octobre 1836, l'expectoration noirâtre ne cessa pas; à mesure que la maladie marchait, les organes digestifs éprouvaient des altérations: vomissements fréquents, accès gastralgiques. A l'auscultation, on entendait dans la poitrine du râle crépitant au sommet des deux poumons; matité considérable à leur partie inférieure, à l'exception d'un petit espace au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate du côté gauche, au niveau duquel on percevait de la pectoriloquie; les battements du cœur étaient languissants et souvent intermittents. Le pouls allait toujours en se ralentissant; il était à 43 par minute; l'expectoration noirâtre avait la consistance de la mélasse, et le malade en rendait, chaque jour, au moins 10 ou 12 onces. L'auteur eut l'idée de séparer le carbone du mucus, en délayant ces crachats dans l'eau; et, en moins d'une semaine, il rassembla plus de 2 onces de cette substance charbonneuse. Vers la fin de son existence, cet homme prit une coloration plombée, et la langue et la gorge finirent par se tapisser d'une couche brunâtre, au point que quelqu'un qui aurait vu ce malade pour la première fois aurait cru qu'il avait des vomissements noirs. (L'auteur fait remarquer que les sueurs colliquatives n'ont existé que chez ce malade seulement; et l'on a vu plus haut que le Dr Brockmann avait également noté l'absence des sueurs et de la diarrhée colliquative.) A l'autopsie, on trouva les poumons volumineux et d'une couleur noirâtre, fortement adhérents à la plèvre costale; un abondant épanchement de liquide jaunâtre dans les cavités pleurales; quelques petits corps glanduleux, noirâtres, irrégulièrement disposés à la surface de la plèvre costale, de chaque côté du sternum et du médiastin; en palpant les poumons, on sentait plusieurs petits corps irréguliers et saillants, au-dessous de la surface

de la plèvre, et un état emphysémateux des bords des lobes supérieurs; celui du poumon gauche était creusé d'une cavité, qui aurait pu loger une grosse orange, dans laquelle était renfermée une petite quantité d'un carbone demi-liquide, et dans laquelle venait s'ouvrir une des grosses divisions de la bronche gauche; le lobe inférieur était complétement infiltré d'un liquide épais et brunâtre, ce qui augmentait considérablement sa consistance; et çà et là on trouvait dans son épaisseur plusieurs petits kystes, renfermant du carbone à l'état semi-liquide, et dans lesquels venaient également s'ouvrir des rameaux bronchiques. Le lobe supérieur et une partie du lobe moyen du poumon droit étaient, jusqu'à un certain point, perméables à l'air, quoique le tissu cellulaire interlobulaire renfermât du carbone infiltré. Quant à la portion inférieure du lobe moyen, et à la presque totalité du lobe inférieur, elles étaient tellement malades, qu'elles allaient au fond de l'eau. On eût dit que les poumons étaient farcis de suie soit infiltrée, soit rassemblée en foyers. En suivant les divisions des bronches, particulièrement des lobes inférieurs, on reconnut que quelques-unes des grosses bronches étaient complétement oblitérées par du carbone solide; et, à l'aide du microscope, on put s'assurer que ces amas de carbone se trouvaient jusque dans les plus petites ramifications, et dans les cellules pulmonaires; la muqueuse qui revêt la trachée et les bronches présentait les traces d'une inflammation ancienne très-intense; il y avait quelques ulcérations dans la bronche gauche; un grand nombre de ganglions lymphatiques, situés à l'origine des poumons, présentait une infiltration charbonneuse; le cœur était large et flasque; la membrane muqueuse de l'estomac était également tapissée d'une matière noirâtre et tenace, provenant sans doute de l'expectoration que le malade avait avalée dans les derniers temps de sa maladie. Chose remarquable: les ganglions mésentériques ne présentaient aucune trace d'infiltration charbonneuse.

Suivant le Dr Makellar, la production de cette maladie dépend du défaut de ventilation, qui préside à l'exploitation de ces mines de charbon de terre. On sait, en effet, que pour remédier à la préseuce du gaz hydrogène carboné, et au danger de l'explosion, on a recours à la ventilation dans les mines; mais comme, par une circonstance particulière, le bassin des Lothians est complétement dépourvu de ces gaz si redoutables, on n'a pris aucune espèce de précaution sanitaire. Comme le filon est extrêmement mince, et pour éviter les frais, on ne fait que des galeries très-étroites, dans

lesquelles les malheureux ouvriers travaillent couchés sur le côté. En outre la mine est si dure qu'on est constamment forcé de l'entamer avec la poudre; et les gaz carburés qui flottent ensuite dans l'atmosphère de la mine ne disparaissent qu'avec beaucoup de lenteur. Qu'on joigne à cela l'influence de la fumée de la lampe, dans laquelle les ouvriers brûlent aujourd'hui de l'huile de lin, huile qui fournit la fumée la plus épaisse, et qu'on juge de l'altération de l'air au milieu duquel vivent ces malheureux. C'est à ces deux causes, c'est-à-dire à l'inspiration du carbone fourni par les gaz qui résultent de la déflagration de la poudre et par la combustion de la lampe que l'auteur attribue cette maladie. Le malade dont nous avons plus haut rapporté l'histoire attribuait également son affection à la conduite des travaux dans la mine de Huntlaw, où tous les travaux se faisaient avec la poudre; travaux qui, suivant lui, étaient suivis d'une sensation de suffocation extrême, de toux, et de difficulté de respirer. L'auteur pense, avec M. Brockmann, que les sujets qui sont disposés à une irritation pulmonaire succombent rapidement à ce qu'il appelle la *phthisie noire*; mais que quelque robuste que soit la constitution des ouvriers, ils ne peuvent résister longtemps aux effets délétères du dépôt de carbone dans les poumons. (*Lond. and Edinb. monthly journal*, septembre et novembre 1845.)

Abcès du coeur; obs. par le Dr E.-J. Chance. — Un enfant de 13 ans, délicat, mais bien portant, avait parfaitement dîné le 21 décembre 1845. Quelques instants après il se plaignit de douleurs vers l'estomac et vers la tête; on lui fit faire une promenade. Lorsqu'il rentra, dans l'après-midi, il mangea avec assez d'appétit. A huit heures du soir, on le coucha; mais il était depuis peu de temps au lit lorsqu'on l'entendit crier avec force : il accusait des envies de vomir; mais les vomissements ne survinrent qu'à deux heures du matin. Il rendit tout ce qu'il avait mangé la veille, et il tomba dans une espèce d'état de faiblesse, comme s'il eût perdu la parole. Le lendemain il était très-fatigué, et avait la plus grande répugnance à se mouvoir ou à répondre aux questions qu'on lui adressait. M. Ray le vit dans la journée : il était pâle et très-affaibli; le pouls fréquent, presque insensible; la langue chargée. Pressé de questions, il dit qu'il souffrait vers l'estomac, et se plaignait lorsqu'on exerçait de la pression sur l'hypochondre droit. Les dents étaient serrées, et le malade ne voulait rien avaler. Dans la soirée il tomba dans le coma, avec quelques mou-

vements convulsifs. Le lendemain, on aperçut sur les joues et sur les mains une éruption pustuleuse, qui avait beaucoup de rapports avec la variole, mais qui n'avait qu'un développement fort incomplet. Il mourut dans la journée. Il résulte des renseignements que l'on prit auprès des parents qu'il ne s'était jamais plaint ni de difficulté de respirer, ni de toux, ni de palpitations de cœur.

Autopsie. — Congestion cérébrale du cerveau et de ses membranes, mais sans inflammation; les mâchoires étaient encore fortement serrées, mais il n'y avait rien de particulier dans les organes digestifs sus-diaphragmatiques. Il n'en était pas de même de l'estomac et de l'intestin grêle, qui étaient fortement enflammés: l'inflammation paraissait se porter surtout sur la paroi antérieure de la grosse extrémité et sur le duodénum. Le foie renfermait six ou huit petits tubercules le long du bord antérieur de son lobe gauche: ces tubercules, qui étaient gros comme des pois, paraissaient en voie de suppuration. Les poumons étaient sains; le péricarde renfermait un liquide trouble, jaunâtre, ressemblant à un mélange de pus et d'eau; les vaisseaux du cœur étaient volumineux et gorgés de sang; le cœur lui-même, parsemé de petites ecchymoses, d'un volume variable depuis la pointe d'une épingle jusqu'à un tiers de pouce de diamètre, beaucoup plus nombreuses sur le ventricule gauche que partout ailleurs, plus particulièrement dans sa partie postérieure et supérieure. Le ventricule gauche, qui paraissait violemment rétracté sur lui-même, offrait vers sa pointe une portion fortement enflammée, de l'étendue d'un shelling, tapissée par une pseudomembrane rugueuse, au-dessous de laquelle la substance musculaire présentait une tuméfaction, comme s'il y eût eu un abcès au-dessous. En incisant le ventricule gauche de la pointe à la base, et traversant cette partie saillante et enflammée, on trouvait une différence fort tranchée, pour la résistance et l'aspect, entre la partie tuméfiée et les parties voisines; le tissu ventriculaire était très-faible et noirâtre; mais, immédiatement au-dessus de la partie enflammée et tuméfiée, il présentait une coloration plus claire; au centre de la partie malade se trouvait une cavité lisse, d'un demi-pouce environ de diamètre, s'ouvrant à l'extérieur, au centre de la partie enflammée, vers la pointe du cœur; les bords de cette ouverture n'étaient pas en contact; mais elle était bouchée par cette couche de lymphe plastique dont nous avons parlé plus haut. Cette cavité communiquait encore à l'intérieur au-dessous d'une des colonnes charnues. Dans le point correspondant au sommet du cœur, le péritoine parié-

tal était fortement enflammé, d'une couleur brunâtre, épaissi, et tapissé par de la lymphe plastique. Cette inflammation se propageait encore au delà de ce point, dans l'étendue d'un demi-pouce; on en trouvait encore des traces sur l'origine des artères aorte et pulmonaire. (*The Lancet*, mai 1846.)

C'est toujours avec un sentiment de défiance que nous avons accueilli les faits d'abcès du cœur que les auteurs ont rapportés soit dans les ouvrages *ex professo*, soit dans les recueils périodiques. En effet, les collections purulentes autres que celles qui résultent d'une infection purulente ou d'un travail phlegmasique concomitant de l'une des membranes séreuses d'enveloppe, sont des faits extrêmement rares, et l'on n'a que trop souvent confondu des dégénérescences diverses ou des collections purulentes sous-séreuses avec des abcès proprement dits. L'observation précédente, quelque intérêt qu'elle présente d'ailleurs, nous paraît manquer de détails suffisants pour qu'on puisse se prononcer. Il est bien vrai qu'il existait dans l'épaisseur du ventricule gauche une tumeur enflammée; mais cette tumeur communiquait librement avec la cavité ventriculaire; et si elle ne s'était pas encore ouverte dans le péricarde, c'est qu'une fausse membrane bouchait son ouverture extérieure. D'un autre côté, nous ignorons quelle était au juste la nature du liquide qui s'y trouvait renfermé. Etait-ce du sang? était-ce du pus?... Tels sont les motifs qui nous font hésiter entre une dilatation anévrysmale et un véritable abcès. Le fait en lui-même n'en est pas moins curieux, surtout pour la rapidité avec laquelle la maladie a marché et s'est terminée d'une manière funeste.

Tubercules du foie; obs. du Dr C. Bonafini. — Un homme de 40 ans, adonné à l'usage des boissons spiritueuses, s'aperçut, trois mois avant son entrée à l'hôpital de Padoue, que son ventre prenait beaucoup de volume et une certaine dureté; il ressentait en même temps des élancements légers dans l'hypochondre droit, élancements qui augmentaient par le toucher et par le mouvement. Lorsqu'il est entré à l'hôpital, le 5 novembre, il avait de la fièvre; la nutrition paraissait avoir beaucoup souffert chez lui. Le corps était le siége d'une coloration ictérique, qu'on retrouvait également sur les muqueuses; le ventre était assez volumineux, et l'hypochondre gauche tendu et rénittent; le foie était dur, augmenté de volume; son lobe gauche faisait saillie à l'épigastre; le diaphragme était repoussé; il était impossible d'introduire les doigts au-dessous des

fausses côtes. L'usage de quelques purgatifs et de l'acétate de potasse amena une diminution notable dans l'ictère, et la disparition des douleurs des hypochondres. Le 28 novembre le malade fut pris d'une douleur obtuse à l'épigastre, de nausées et de vomissements, qui cédèrent bientôt à l'application des antiphlogistiques. Mais on s'aperçut que le ventre devenait le siége d'une fluctuation très-sensible; et le 24 janvier, après s'être exposé au froid, le malade ressentit une douleur obtuse à la base de la poitrine du côté droit, accompagnée de toux et de crachats muqueux : fréquence du pouls, chaleur à la peau, etc. Ces accidents continuèrent presque sans aucun changement pendant vingt jours. A cette époque, en examinant la poitrine, on trouva que le thorax du côté droit était immobile et rendait un son mat à la percussion. Le murmure respiratoire ne s'y entendait plus, et on percevait un faible souffle bronchique et de la bronchophonie; en outre, le malade ne pouvait se coucher que sur le côté affecté; la toux était forte, fréquente et accompagnée d'une abondante expectoration. Bref, le malade présentait tous les signes d'un abondant épanchement dans la cavité de la plèvre du côté droit. Malgré tous les moyens qui furent employés, cet épanchement fit continuellement des progrès; en outre, la cavité péritonéale acheva de se remplir de sérosité. Cependant l'hypochondre droit continua à être le siége d'une tuméfaction et d'une dureté considérables. Enfin, le 22 avril, après six mois de souffrances, ce malheureux cessa d'exister.

Autopsie. — La plèvre du côté droit renfermait encore 2 livres de sérosité trouble; les deux feuillets de cette membrane, fortement épaissis, étaient réunis çà et là par des adhérences qui traversaient le liquide. Le poumon correspondant, réduit à un tiers de son volume et presque atrophié, était cependant encore un peu crépitant, et n'allait pas au fond de l'eau; il renfermait un assez grand nombre de tubercules crus. Le péricarde renfermait une demi-livre de sérosité, et le cœur était le siége d'une hypertrophie notable. Mais ce fut dans l'abdomen qu'on trouva des altérations plus tranchées : le foie, d'un volume assez considérable, était maintenu attaché au diaphragme par des adhérences très-fortes. Cet organe pesait 6 livres; il était dur et parsemé de granulations tuberculeuses miliaires d'un rouge jaunâtre; il y avait environ 1 livre et demie de sérosité dans la cavité du péritoine, et cette membrane, pas plus que les autres viscères abdominaux, ne présentait aucune espèce d'altération. (*Giornale dei progressi*, avril 1845.)

Les tubercules du foie sont très-rares chez l'adulte ; cependant, comme on vient de le voir dans l'observation précédente, la matière tuberculeuse se présente dans cet organe avec tous les caractères qui lui sont propres. Malheureusement la présence de ces produits morbides ne se révèle ordinairement par aucun symptôme caractéristique ; et si on peut en soupçonner la présence, il est impossible de l'affirmer.

Anévrysme de l'artère carotide primitive (*troubles variés de la respiration*; *ligature de l'artère*; *hémiplégie*; *mort*); observation communiquée par le Dr Levylier, de Nancy. — Madame G..., âgée de 64 ans, d'un tempérament nervoso-sanguin, est sujette depuis plusieurs années à une oppression pénible qui revient périodiquement tous les jours, se répète plusieurs fois dans la journée, principalement vers le matin, et détermine, dans la région sus-épineuse gauche, une pesanteur très-douloureuse. En même temps la malade éprouve ordinairement un sentiment très-marqué de strangulation, et vers l'angle gauche de la mâchoire inférieure une douleur très-vive, souvent térébrante, qui se déplace quand la malade change de place, et qui retentit alors dans un point varié de la fosse sus-épineuse : le bras correspondant est engourdi et la malade y sent comme une sorte de dilatation. Pendant les accès de suffocation, l'anxiété est tellement grande, que la malade, pour se soulager, est obligée de rester assise, la tête penchée un peu en arrière et à gauche. La voix est grave et sonore; le son de la poitrine et le murmure respiratoire sont à l'état normal. Le pouls est naturel, la peau fraîche, et les bruits du cœur, de même que la matité précordiale, ne présentent aucune modification appréciable. Les voies digestives n'offrent non plus que peu de troubles dans leurs fonctions; cependant il y a de l'inappétence et très-fréquemment des éructations pénibles, accompagnées d'une sorte d'angoisse, que la malade fait cesser en avalant quelques aliments.

A la partie supérieure et latérale gauche de la région cervicale, sur le trajet de l'artère carotide primitive et près de sa bifurcation, existe une tumeur molle, un peu allongée, grosse comme une forte noix, adhérente à l'artère et sans changement de couleur à la peau. Cette tumeur se dilate pendant la diastole artérielle, disparaît quand on la comprime ou quand on comprime l'artère du côté du cœur, tandis que, quand on met un obstacle au-dessus de la tumeur, elle prend du développement et présente des mouve-

ments pulsatiles, onduleux, très-sensibles à la main. A l'aide de tous ces signes, bien que l'auscultation ne fît entendre aucun bruit anormal, il fut aisé de reconnaître qu'on avait affaire à un anévrysme vrai ou mixte, et ce fut là, pour ainsi dire, la seule lésion qu'on put constater chez cette malade. Les résultats négatifs que fournit l'examen des autres organes permirent même de penser que cette lésion, d'ailleurs si grave en elle-même, n'était pas entièrement étrangère aux accidents de suffocation et aux douleurs locales qui tourmentaient depuis si longtemps la malade. On résolut donc de lier l'artère carotide primitive.

L'opération fut pratiquée suivant la méthode d'Anel, en présence des docteurs Simonin et Lemoine. Quelques difficultés se présentèrent pour l'isolement de l'artère; on parvint cependant à écarter les nerfs et les veines qui environnent l'artère, et à placer un fil sur le vaisseau; puis il survint un accès de suffocation, et une certaine quantité de sang s'étant écoulée par la partie inférieure de la plaie, la malade tomba en syncope. On serra ensuite la ligature, puis on fit un second nœud par-dessus le premier, et dès lors on cessa de percevoir les pulsations de la tumeur. Dès ce moment aussi les accès de suffocation cessèrent complétement, et pendant les dix premiers jours qui suivirent l'opération, la malade se trouvait soulagée, bien qu'il y eût quelque difficulté dans la déglutition. Mais le onzième jour, il survint tout à coup sans prodromes une hémiplégie du côté gauche, avec perte complète de la matité et diminution de la sensibilité, et le surlendemain la malade succomba dans le coma.

L'autopsie ne put point être pratiquée; mais on constata que la section des tuniques artérielles n'avait pas été complète, et que la membrane interne était rouge et facile à détacher.

Remarques.— Dans l'observation qui précède, il y a à noter deux faits remarquables : l'un, c'est la corrélation qui existait évidemment entre les accès de suffocation et la tumeur anévrysmale, car ces accès cessèrent complétement dès le moment où le fil fut apposé sur l'artère. L'autre fait est relatif au genre de mort qui suivit la ligature du vaisseau : la terminaison par les accidents cérébraux est en effet un accident mal connu à la suite de cette opération. M. Magendie, le professeur Barowen, Macauley, A. Cooper, M. Velpeau, M. Vincent (*Dictionnaire de médecine*, art. *Carotide*), M. Sédillot (in *Gaz. méd.*, 1844), citent des cas dans lesquels les symptômes cérébraux ont suivi la même marche que dans le précédent; mais parmi ces divers cas il n'y en eut que deux

mortels: ce sont les cas cités par M. Vincent et par M. Sédillot. Or, il est à remarquer que, dans l'un comme dans l'autre, il s'agit non pas d'une apoplexie, comme semblerait le faire croire les symptômes, mais bien d'un ramollissement général de tout un hémisphère, et tout fait croire qu'il s'agit ici d'une lésion identique.

Cancer de la mamelle (*Sur les caractères anatomiques et le diagnostic du*); par le Dr Albers, de Bonn.— Nous reproduisons ici les conclusions qui terminent ce travail:

1° Les tumeurs cancéreuses de la mamelle, dans les premiers temps, sont ordinairement arrondies, bosselées et irrégulières, mais parfaitement circonscrites.

2° Quand on coupe une tumeur de cette espèce, on aperçoit nettement la ligne de démarcation qui existe entre le tissu cancéreux et le tissu cellulo-adipeux qui compose la glande. Cependant la tumeur ne peut pas être détachée comme un kyste, parce qu'elle tient solidement au tissu sain par des espèces de traînées fibro-celluleuses, que l'on peut suivre dans l'épaisseur de la tumeur, mais à une très-petite distance.

3° Aussi longtemps que la tumeur reste peu volumineuse, elle est mobile; mais, en augmentant de volume, elle devient fixe, soit par les nouveaux rapports qu'elle contracte avec le tissu musculaire ou d'autres parties résistantes, soit parce qu'elle adhère à la peau. Plus la tumeur est développée superficiellement, et plus tôt on la reconnaît à la saillie qu'elle fait, saillie qui augmente encore par l'atrophie de la glande elle-même.

4° La peau qui recouvre la tumeur se rétracte ou se fronce (ce qui a lieu avec d'autant plus de rapidité que la tumeur est moins profondément située).

5° Les tumeurs cancéreuses de la mamelle, si l'on en excepte le cancer médullaire et le cancer fongoïde, donnent au toucher la sensation d'un corps très-dur; et leur pesanteur spécifique les entraîne ordinairement dans la partie la plus déclive de la mamelle.

6° L'affection cancéreuse fait ordinairement des progrès rapides dans le voisinage du mamelon, et l'on voit le tissu de cette partie remplacé complétement par la matière cancéreuse. On ne trouve plus de traces de vaisseaux galactophores, ou de leurs ouvertures à l'extérieur. Cependant on voit quelquefois le mamelon ne présenter aucune altération.

7° Le cancer médullaire est composé seulement de fibres et de

cellules qui sont susceptibles d'affecter des formes variées : dans le tissu sain, ces cellules sont à peu près uniformes; mais, dans les tissus morbides de cette espèce, on en trouve de toutes les grandeurs, mélangées à une espèce de gangue. Ces cellules varient encore beaucoup relativement à leur forme ; elles ne sont plus régulières, mais bien plus ou moins anguleuses ou allongées. Un certain nombre ne contiennent pas de noyaux; quant aux fibres, elles sont extêmement minces. Ces tumeurs contiennent ordinairement une quantité considérable de liquide. Dans le cancer médullaire, les cellules que fait reconnaître le microscope sont d'un grand diamètre; elles composent la plus grande partie de la masse, les fibres étant ordinairement en petite quantité. Dans le cancer dur, les cellules sont très-petites, et la masse altérée renferme une grande quantité de fibrilles, comme laineuses, répandues dans son épaisseur.

8° On trouve avec abondance, dans ces masses dégénérées, des matières grasses, parfois aussi des cristaux rhomboïdaux (probablement de phosphate ammoniaco-magnésien).

9° Les vaisseaux sanguins sont toujours irrégulièrement distribués dans une tumeur cancéreuse. Ces vaisseaux sont très-développés à la circonférence, et formés principalement de veines. Vers le centre il y en a très-peu. Les parois de ces vaisseaux sont molles et se déchirent facilement, ce qui rend compte de la fréquence des hémorrhagies dans l'épaisseur de ces tumeurs.

10° L'analyse chimique fait reconnaître que l'albumine et la graisse constituent la plus grande partie de ces tumeurs, et l'emportent sur la gélatine dont on retrouve cependant parfois deux variétés, savoir, la chondrine et la glutéine.

11° Le tissu cellulaire et le tissu adipeux sont remarquablement atrophiés au voisinage d'un cancer dur, et la graisse elle-même est très-pâle; tandis qu'autour d'une masse de fongus hématode ou cancer mou, les tissus sont hypertrophiés et d'une couleur jaune foncé.

12° Le cancer n'affecte ordinairement qu'une mamelle, et, s'il se reproduit après l'opération, c'est ordinairement dans celle qui en a été le siége plutôt que d'envahir celle du côté opposé qui s'atrophie le plus souvent. (*Schmidt's Jahrbucher*, n° 2; 1845.)

Urine (*Sur les caractères de l'— dans la néphrite albumineuse*), par le Dr Schlossberger. — Depuis que l'on a reconnu la présence de l'albumine dans l'urine des personnes affectées de néphrite gra-

nuleuse, on a considéré le plus souvent la présence de ce produit dans le liquide urinaire comme un signe pathognomonique de cette affection, et l'on a regardé le diagnostic comme suffisamment établi, lorsqu'on a pu en démontrer l'existence par l'emploi de la chaleur et des acides. Cette idée trop générale est aujourd'hui à peu près abandonnée, depuis les recherches de Simon, Becquerel, Le Canu, Golding Bird, qui ont prouvé que l'albumine existe si souvent dans l'urine, qu'on ne peut presque rien conclure de sa présence ou de son absence. Ce que la chimie refusait au médecin, il a cherché à l'emprunter au microscope : c'est ainsi que F. Vogel, Scherer, Simon, et plusieurs autres, ont signalé récemment dans l'urine de la néphrite granuleuse de petits corps *tortueux* et *filiformes*, dont Henle a donné une explication assez satisfaisante, en les considérant comme des exsudations inflammatoires qui s'opèrent dans les plus petits tubes de la substance corticale des reins. Le Dr Schlossberger a reconnu également ces corps microscopiques en grande quantité et de volume variable, dans un cas de néphrite albumineuse qui a passé sous ses yeux. La plupart de ces corps étaient remplis des globules que l'on désigne sous le nom de *globules inflammatoires ;* d'autres contenaient des globules identiques à ces particules dont l'ensemble forme les globules dont nous venons de parler. Un certain nombre de ces petits corps ne renfermait ni globules ni particules. Quoi qu'il en soit, on aurait tort de conclure que l'on a trouvé dans l'existence de ces petits corps le signe pathognomonique de la néphrite granuleuse; car Lehman et Scherer les ont déjà rencontrés dans l'urine des scarlatineux ; et il est très-probable qu'ils doivent exister dans tous les cas de néphrite primitive ou secondaire, accompagnée de sécrétion plastique dans les tubes urinifères. Il était important de savoir si l'on ne pourrait pas trouver, dans les proportions relatives des parties constituantes de l'urine, quelques particularités qui, jointes aux moyens déjà connus, pourraient donner un certain degré de certitude au diagnostic de cette affection des reins. Scherer a montré par plusieurs analyses que la quantité totale de matières solides, sans compter l'albumine, est considérablement diminuée dans cette maladie. Ainsi, dans un cas, il a obtenu 12 $^{1}/_{10}$, dans un autre 11 $^{7}/_{10}$ de résidu solide p. 1000, tandis que dans l'état sain ce résidu est double, triple et quelquefois quintuple. Si cette *diminution des matériaux solides* était constante, elle formerait, avec la présence de l'albumine et des corps microscopiques, une excellente méthode de diagnostic.

Une autre question non moins importante est celle de savoir si les proportions relatives des diverses parties solides qui composent l'urine à l'état normal ne sont pas altérées dans la néphrite granuleuse. Il résulte d'une analyse qui a été faite à diverses fois par le Dr Renges, que l'*urée est dans une proportion moindre*, soit relativement, soit d'une manière absolue, dans le cas de néphrite granuleuse. Ainsi, dans l'urine saine, l'urée forme près de la moitié du résidu solide, ainsi que le prouvent les analyses de Berzelius et de Lehman, tandis que le Dr Renges a trouvé que l'urée ne formait plus qu'un onzième de la totalité du résidu après la soustraction de l'albumine. Du reste, cet auteur n'a pas constaté qu'il y eût une diminution considérable dans le résidu solide proprement dit. Doit-on chercher la cause de cette diminution de l'urée dans une altération primitive du sang, dans une perversion de la transformation des substances qui entrent dans la composition du corps, dans la dégénérescence de l'organe sécréteur, ou dans le trouble des fonctions sécrétoires ? C'est là ce que de nouvelles recherches peuvent seules décider. Relativement à la quantité des autres matériaux solides qui entrent dans la composition de l'urine, on retrouve des variations nombreuses que l'urée n'offre pas. Ainsi, tandis que plusieurs chimistes ont signalé une diminution dans la quantité de l'acide urique, l'analyse du Dr Renges semble établir que cet acide est en plus grande proportion. L'auteur reconnaît d'ailleurs que les méthodes analytiques employées pour déterminer exactement les proportions de ces principes constituants, offrent des causes d'erreur qu'il est souvent très-difficile d'éviter. (*OEsterlen's Jharbücher für pr. Heilkunde*, février 1845.)

Plaie de tête (*Fracture du crâne avec désunion de la suture coronale; hémorrhagie fournie par l'artère méningée moyenne; exfoliation des deux tables de l'os dans une grande étendue; guérison*); obs. par le Dr Al. King. — Dans la soirée du 12 novembre 1844, un cocher d'omnibus, âgé de 34 ans, fut jeté par terre du haut de son siége. Il se releva immédiatement, conduisit ses chevaux à l'écurie, là une distance de plus de 150 toises, nettoya les harnais, les chevaux et la voiture, avant de retourner chez lui. Il se sentit un peu fatigué; mais il fut cependant capable de parcourir à pied une distance de 1 mille et demi. L'auteur fut appelé auprès de lui à minuit. Il avait toutes ses facultés, quoiqu'il eût un peu l'aspect d'un homme qui a bu des liqueurs fortes. Cependant le pouls était

à 80, modérément fort ; les pupilles mobiles et naturelles. Sur le côté gauche de la tête, et à 1 pouce environ au-dessus de l'oreille du même côté, on apercevait une plaie de 2 pouces de long; et l'os qui était fracturé était mis à nu dans l'étendue d'un demi-pouce. Les bords de la plaie étaient souillés de terre. Il y avait une autre petite plaie au-dessus du sourcil gauche; toute la tête était tuméfiée et sensible à la pression. Le malade se plaignait d'un peu de douleur vers l'épaule droite; mais il n'y avait ni gonflement ni déplacement. Le 14, on reconnut que la fracture traversait le pariétal du côté gauche, d'avant en arrière, et que ses bords étaient séparés l'un de l'autre dans une étendue d'un huitième de pouce, et le bord supérieur dépassant un peu le niveau du bord inférieur. Le 16, la séparation des bords de la fracture était encore plus considérable, et la dure-mère mise à nu dans une grande étendue. Deux branches de l'artère méningée moyenne se ramifiaient sur cette membrane, et étaient animées de violents battements. La plus grosse, qui paraissait un tronc principal, était extrêmement mince, au point qu'on l'eût prise pour une veine. La tête et la face étaient de plus en plus gonflées. Le lendemain, dans la soirée, le malade fut pris d'un délire furieux. Le pouls était plein, à 105; la face gonflée, et les artères temporales battant avec force; vers la partie supérieure de la protubérance occipitale, on sentait un peu de fluctuation. Une ouverture y fut pratiquée, mais elle ne donna issue qu'à une petite quantité de sang grumeleux. Dans la nuit, il survint une violente hémorrhagie, fournie par cette grosse branche de l'artère méningée moyenne, qui était à découvert. Cette hémorrhagie fut très-facilement arrêtée à l'aide de l'application d'un bandage compressif. Au reste, elle eut un effet fort utile pour le malade; à partir de ce moment, les accidents prirent une marche moins inquiétante. Le 19, le malade se plaignait d'une douleur profonde vers la partie inférieure de la région temporale du côté droit. Une incision prolongée jusqu'au niveau de l'os fit sortir une matière purulente mélangée de sang. Le 23, il y eut encore un peu de délire, mais le malade répondait juste quand on fixait son attention. Toutes les plaies fournissaient un abondant écoulement purulent. On pratiqua encore des contre-ouvertures au niveau de la protubérance pariétale du côté gauche, et au-dessus et un peu en avant de la plus grande et la plus ancienne des plaies. Du reste, à la partie postérieure de cette plaie, on apercevait des mouvements isochrones avec le battement des artères; de sorte que l'on pouvait compter les battements du cœur par les mouvements de la

dure-mère. Le 24, bien qu'on eût appliqué douze sangsues au malade, l'artère méningée moyenne fournit encore une nouvelle hémorrhagie que l'on fit cesser immédiatement en achevant decouper l'artère avec la pointe d'une lancette. Le 27, encore un peu de délire. La plus petite des deux plaies primitives presque entièrement cicatrisée. Depuis cette époque, le malade recouvra à peu près sa sensibilité et son intelligence. Le 1er décembre, les bords de la plaie, considérablement tuméfiés, recouvraient complétement l'os fracturé; mais, lorsqu'on les soulevait avec un stylet, on apercevait les bords de la fracture chevauchant considérablement l'un sur l'autre, en arrière, tandis qu'ils étaient notablement séparés en avant, et laissaient à nu la dure-mère. Toutes les plaies continuèrent à fournir une abondante suppuration; mais les téguments étaient décollés dans une si grande étendue, que l'on pouvait, en portant un stylet dans la plaie qui était située au-dessus de l'oreille gauche, le faire pénétrer facilement jusqu'à l'ouverture qui avait été pratiquée sur la tempe droite, et le porter en arrière de la protubérance pariétale du côté gauche, à la portion supérieure de la protubérance occipitale, et enfin jusqu'à la protubérance pariétale du côté droit, de manière à former un demi-cercle. Dans tous ces points, les os étaient dénudés de leur périoste, et au niveau du point de jonction du frontal avec les pariétaux, on sentait des inégalités considérables, dépendant de la saillie que faisaient ces derniers au-dessus du niveau de l'os frontal. Le pus ne s'écoulant pas librement du côté droit, on pratiqua une contre-ouverture sur l'angle antérieur et inférieur du même côté. Le 5 janvier 1845, toutes ces ouvertures s'étaient notablement agrandies. Les pariétaux étaient détachés de l'os frontal, au niveau de la suture coronale. Le 26, des granulations nombreuses recouvraient la dure-mère dans toutes les directions. Les portions d'os soulevées étaient considérablement amincies et mobiles. Cependant ce ne fut que le 6 février que l'on put, au moyen du tire-balle, enlever une première portion d'os, qui comprenait les deux tables et mesurait 2 pouces carrés. Cette portion d'os laissait au crâne une ouverture plus large au moins d'un demi-pouce que la pièce d'os qui venait d'être détachée. Le 9, une portion de l'os frontal, jadis articulée avec cette portion du pariétal qu'on avait détachée, fut extraite également. Au-dessous, la dure-mère était couverte de granulations; cette pièce d'os comprenait aussi les deux tables, et avait près de 2 pouces carrés. Le 15, l'ouverture du crâne du côté gauche avait encore plus de 5 pouces de long, et plus de 2 pouces de

large. Elle était tapissée de granulations, à travers lesquelles on voyait très-bien les mouvements du cerveau. Ce jour-là on détacha encore des portions d'os du côté opposé. Ces fragments, qui appartenaient au frontal et au pariétal, pouvaient avoir 2 pouces à 2 pouces et demi d'étendue; et, au-dessous, la dure-mère était tapissée de granulations. Le 27, on détacha encore une portion d'os de trois quarts de pouce de long, qui composaient les portions antérieure et centrale des deux pariétaux, réunies par la suture sagittale; la cicatrisation faisait des progrès rapides. Cependant le 23 mars, on fit l'extraction de deux petits fragments d'os et d'une écaille osseuse, mince, qui pouvait avoir 1 pouce de longueur. Le 13 mai, la guérison était presque complète. Les forces et l'intelligence étaient parfaitement intactes; les ouvertures du crâne presque entièrement fermées; et au mois de juin il avait repris ses occupations ordinaires. (*Lond. and Edinb. monthly journal*, février 1846.)

Il est difficile de trouver une observation plus curieuse que celle qui précède. Malgré l'ébranlement de la masse cérébrale et les fractures nombreuses du crâne, ce malade s'était immédiatement relevé après sa chute, avait ramené ses chevaux à l'écurie, les avait soignés, et avait pu encore parcourir un espace d'un demi-mille. Mais la circonstance la plus curieuse, c'est que le frontal et les pariétaux avaient été fracturés dans une grande étendue, d'un côté à l'autre; et que la suture coronale avait été disjointe dans les quatre cinquièmes de son étendue, avec déplacement considérable des bords des pariétaux: accident infiniment plus rare que les fractures, et qui réclame, pour sa production, une puissance bien plus considérable que pour ces derniers. Nous signalerons encore comme circonstance très-rare l'hémorrhagie abondante, fournie par une branche de l'artère méningée moyenne.

Cataracte (*Recherches statistiques sur l'opération de la*); par le Dr Jaeger, professeur à l'académie Joséphine de Vienne. — Dans une thèse qu'il a soutenue dernièrement, le fils du célèbre ophthalmologiste, dont le nom se trouve plus haut, le Dr Odoard Jaeger a publié les résultats statistiques des opérations de la cataracte que son père a pratiquées à l'académie Joséphine.

De 1827 à 1844, le professeur Jaeger a opéré 1,011 cataractes, dont 764 lenticulaires, 207 capsulo-lenticulaires, et 40 capsulaires. Le mode d'opération auquel il a eu recours a été:

L'extraction supérieure dans	728 cas.
L'extraction inférieure dans	9 —
L'extraction partielle dans	58 —
L'abaissement dans	129 —
Le broiement et le déchirement dans	87 —
	1,011

Sur ce nombre, 63 opérés ont perdu la vue; et l'on verra dans le tableau suivant quelles sont, des diverses méthodes employées, celles qui ont donné les plus mauvais résultats.

Sur les 58 opérés par l'extraction partielle	3
Sur les 737 opérés par l'extraction	33
Sur les 87 opérés par le broiement	6
Sur les 129 opérés par l'abaissement	21
	63

Il suit donc de ce qui précède que l'extraction a fourni les meilleurs résultats : car la proportion de ceux qui ont perdu la vue à ceux qui ont été opérés avec succès est de 4 $1/2$ pour cent dans l'extraction, de 16 pour cent dans l'abaissement, et de 8 pour cent dans le broiement. Il conviendrait toutefois, avant de se décider d'une manière absolue, que les motifs sur lesquels le professeur Jaeger s'est fondé pour recourir à telle ou telle autre méthode opératoire fussent parfaitement connus; sans cela ces résultats statistiques perdraient notablement de leur valeur. (*Ueber die Behandlung des graner staares*; Vienne, 1845.)

Rupture du rein (*Obs. de contusions de l'abdomen, suivies de*); par M. Joseph Moore. — Les deux observations que nous allons rapporter méritent de fixer l'attention, comme exemples d'une altération fort rare, la déchirure des reins. Cependant l'observation II ne nous paraît pas parfaitement concluante, et nous pensons que l'auteur eût dû plutôt la décrire sous le nom de *contusion* que sous celui de *déchirure du rein.*

Obs. I. — Un fondeur, âgé de 49 ans, fut renversé par une charrette, et la roue lui passa sur l'abdomen. On le releva immédiatement. Il était sans connaissance. Transporté à l'hôpital, il se plaignit seulement de douleurs à l'épaule. La face était altérée, la peau froide et couverte de sueur visqueuse; le pouls presque

insensible. On ne put découvrir aucune lésion vers les épaules ni vers les organes abdominaux. Le malade parut d'abord revenir à lui; mais bientôt ses forces retombèrent de nouveau, et il rendit à deux reprises différentes une petite quantité d'urine sanglante, dans laquelle se trouvaient quelques petits caillots. Il succomba cinq heures et demie après l'accident.

Autopsie. — Dans la cavité abdominale, il y avait une grande quantité de sérosité et d'urine; et dans les régions iliaque et lombaire du côté droit un caillot sanguin volumineux, qui pouvait peser 1 liv. Le mésentère était déchiré à son attache aux vertèbres, et l'artère mésentérique supérieure divisée à 1 pouce environ de son origine. Il y avait un peu de sang extravasé entre les feuillets du mésentère. Le tiers supérieur du rein droit était complétement séparé des deux tiers inférieurs.

Obs. II. — Un forgeron, âgé de 21 ans, fut renversé dans la rue par un cheval, qui le frappa sur le côté gauche du ventre. Aussitôt il se trouva mal et fut transporté immédiatement à l'hôpital. A son entrée, il était dans l'état suivant: intelligence conservée; affaiblissement général; un peu de somnolence; les extrémités froides; le pouls petit, faible, tremblottant; la face pâle et anxieuse; la peau n'était déchirée nulle part; les muscles abdominaux étaient spasmodiquement contractés; les régions hypogastrique et lombaire du côté gauche étaient très-sensibles à la pression. Une heure après, le malade rendit environ 6 onces d'urine sanglante. Les sangsues nombreuses qui furent appliquées sur l'abdomen amenèrent un soulagement très-notable, et il survint de la réaction. Dans la soirée, vomissements bilieux. Le côté gauche était encore le siége d'une douleur très-vive; la peau était chaude et sèche; le pouls dur et fréquent. On pratiqua une saignée de 12 onces. Le lendemain, on apprit que le malade avait encore rendu de l'urine d'une couleur brunâtre; dans la journée, il eut encore des vomissements; les douleurs abdominales persistèrent. Le troisième jour, les symptômes ne présentaient aucune modification : mais une évacuation abondante, que l'on réussit à obtenir, fut suivie d'un soulagement notable. Le quatrième jour, l'amélioration était encore plus évidente: il n'y avait plus que quelques nausées, et les douleurs abdominales étaient circonscrites à la région des reins; la peau était encore un peu chaude, mais moite. De jour en jour la sensibilité de la région abdominale diminua; l'urine revint peu à peu à ses qualités normales, et le 12 juin, ce

malade sortit de l'hôpital parfaitement guéri. (*The Lancet*, décembre 1845.)

Chute du rectum (*Traitement de la — par l'application des acides concentrés*); par M. Jaesche, à Minsk. — L'auteur, ayant appliqué quatre fois sans succès contre la chute du rectum les moyens conseillés par Dupuytren, chercha un moyen qui pût remplir les indications convenables, c'est-à-dire diminuer la longueur de la muqueuse rectale prolabée, favoriser son adhésion avec les parties environnantes, augmenter l'action et la contractilité du sphincter de l'anus. Il crut avoir trouvé ce moyen dans l'acide sulfurique étendu. Imbibant de ce liquide un gâteau de charpie, il l'appliqua sur l'anus d'un jeune homme hypochondriaque qui souffrait d'une chute du rectum. Ce tampon fut enfoncé de quelques lignes dans l'intestin. La douleur très-vive qui en résulta se dissipa au bout de quelques heures, à la suite d'onctions avec l'huile d'olives, et les excoriations se cicatrisèrent rapidement. Au bout d'une semaine, le prolapsus du rectum reparut et fut de nouveau combattu avec succès par la cautérisation. Celle-ci fut répétée plusieurs fois, et pendant quatre mois que le malade resta à l'hôpital, la maladie ne reparut pas. Chez quelques personnes, M. Jaesche a pu obtenir une guérison qui ne s'est pas démentie après plusieurs années.

L'acide nitrique a la même action que l'acide sulfurique; seulement il ne détermine que peu de douleurs et point d'excoriations. Chez une vieille femme qui était atteinte d'une ascite, il survint une chute du rectum qui fut guérie par des applications d'acide nitrique, et pendant six semaines, malgré l'emploi de drastiques violents, la maladie ne reparut pas. Au bout de ce temps, elle se reproduisit sous l'influence d'une diarrhée avec ténesme qui était survenue, et elle fut guérie de nouveau par l'application de l'acide nitrique, qui ne détermina pas de douleur. L'acide nitrique fumant qui fut appliqué chez un malade du même genre détermina une vive douleur et des excoriations; mais le malade fut complétement guéri. Ces faits et d'autres encore conduisent M. Jaesche à regarder l'acide nitrique comme un excellent moyen de traiter les chutes du rectum sans occasionner de douleurs, et avec des espérances de guérison, sinon toujours certaines, au moins supérieures à d'autres moyens, comme l'extrait de noix vomique, etc., employés jusque-là. (*Prag. Vierteljahrschrifs III*, 1845.)

Lithotritie (*Recherches statistiques sur la*); par le Dr Philip Crampton. — Le Dr Philip Crampton vient de publier, dans un

journal de Dublin, un travail très-étendu sur la lithotritie. Ce travail, qui ne renferme, à proprement parler, rien de nouveau, contient cependant des recherches statistiques que nous allons faire connaître à nos lecteurs. Depuis le mois de mars 1834 jusqu'au mois de novembre 1845, il a passé sous les yeux de l'auteur 35 cas de calculs vésicaux, qu'il a distribués de la manière suivante : 2 (dont un chez un sujet de 81 ans) ont été mis de côté comme impropres à toute espèce d'opération (il y avait à la fois maladie de la vessie et des reins); 4 autres furent envoyés à M. Heurteloup, qui les a guéris par la lithotritie. L'auteur en a opéré 20 par le même procédé, et en a soumis 9 à l'opération de la taille, en tout 35. Tous ceux qui ont été opérés par la lithotritie étaient des adultes; de ceux qui ont été soumis à la cystotomie, 3 avaient moins de 12 ans (deux garçons et une fille), 6 étaient parvenus à l'âge adulte (du sexe masculin). Tous ceux qui ont été traités par la lithotritie ont guéri, à l'exception d'un seul, chez lequel l'opération n'avait été tentée que pour rendre la taille possible; et encore cet individu a-t-il survécu trois mois, et n'est-il mort que d'une rupture de l'estomac produite par un excès de boissons. Tous ceux qui ont été opérés par la cystotomie ont également guéri. L'un d'eux, il est vrai, est mort trois mois après d'une inflammation des reins et des testicules; mais la plaie était presque entièrement cicatrisée, et six mois auparavant ce malade avait éprouvé les mêmes accidents, et portés si loin, que l'on avait conçu les plus vives inquiétudes à son égard. Il suit de là que, sur 33 malades qui ont été opérés, 9 seulement (le quart environ) ont subi l'opération de la taille. Il ne faudrait cependant pas en conclure que, sur un nombre donné de calculeux, le quart seulement dût être soumis à la cystotomie; car si l'on avait soumis à la lithotritie, au lieu de sujets adultes, des enfants ou des vieillards, les résultats eussent été tout à fait inverses, et les circonstances favorables à la lithotritie eussent considérablement diminué. Rien n'est plus propre à démontrer combien on peut se faire illusion en pareille circonstance, et combien il est facile de tirer des conclusions favorables à l'une ou à l'autre de ces méthodes, lorsqu'on se borne à tenir compte du nombre des malades, sans s'occuper des circonstances de chaque cas en particulier. (*Dublin quaterly journal*, février 1846.)

Obstétrique et maladies des enfants.

Accouchement de deux enfants unis par le ventre; obs. par le Dr Pies, à Mayence. — Une femme de 38 ans, qui, dans l'espace de treize ans, était heureusement accouchée de quatre enfants, dont le dernier datait de sept ans, se trouva de nouveau enceinte en mars 1843. La grossesse fut sans accident, seulement le ventre était cette fois plus volumineux qu'il ne l'avait été auparavant. Le 6 novembre au matin, elle perdit les eaux sans que ce phénomène ait été précédé d'aucunes douleurs. Celles-ci ne survinrent que le soir vers six heures. Comme l'accouchement resta vingt-quatre heures sans faire de progrès, M. Pies fut appelé le 7 novembre à dix heures du soir. Il trouva le col utérin entièrement dilaté, et occupé par une partie molle et élastique de la forme d'une demi-sphère. Pour bien en reconnaître la nature, M. Pies fit placer la femme en travers sur son lit et introduisit la main dans les parties génitales; mais bien que celle-ci arrivât à une assez grande hauteur, il ne put atteindre aucune des parties de l'enfant, parce que cette tumeur était toujours devant sa main et lui faisait obstacle. Enfin il toucha les extrémités, mais si confusément, qu'il ne put saisir un pied. Il y parvint néanmoins avec beaucoup de peine et après un long temps; il amena ce pied à la vulve et y jeta un lacq, mais le corps ne voulut pas suivre. Après un quart d'heure de repos, il introduisit de nouveau sa main dans la matrice, et parvint à saisir un second pied qu'il amena également à la vulve. Le corps de l'enfant s'avança alors jusqu'à amener le bassin au détroit inférieur, mais là il s'arrêta brusquement sans que rien pût le faire avancer. Un nouvel examen, qui exigea une grande attention, fit reconnaître à M. Pies qu'il y avait un second enfant, et que celui-ci était uni au premier. Il alla alors à la recherche d'un troisième puis d'un quatrième pied. Avec ce dernier il amena également une main. Tirant alors sur ces quatre membres et aidé par les contractions, il fit descendre le tronc qui sortit jusqu'au de làdu bassin, mais ne voulut plus avancer. Dégageant alors les extrémités supérieures, il saisit l'un des enfants par la région lombaire et par les mains, il fit porter sur lui une traction assez forte pour le faire descendre au-dessous de l'autre, de façon que les deux têtes ne se correspondissent plus, et que l'une vînt se placer sur le cou de l'autre. Il exerça sur celui-ci une traction dirigée en bas et assez forte pour le faire descendre. Il pensa ainsi qu'il forcerait les deux têtes à cesser de se correspondre, et qu'il

amènerait l'une à se placer sur le cou de l'autre. Cette manœuvre eut tout le succès qu'il en espérait, et de nouvelles tractions aidées par des douleurs vives eurent bientôt facilité l'expulsion des deux têtes. Les enfants étaient morts, petits et maigres, mais néanmoins à terme. Ils étaient adhérents l'un à l'autre par l'abdomen, et cette adhérence commençait au sternum pour finir au pubis. Le vice de conformation consistait dans le défaut des parois abdominales, d'où il résultait que tous les intestins étaient renfermés dans un sac commun. Les muscles abdominaux antérieurs manquaient complétement; le bas-ventre n'était fermé que par une lame cutanée, transparente, qui, s'arrondissant, se continuait avec les parties musculaires qui existaient encore. Du foie de chacun des enfants partait un cordon isolé. Celui d'un côté se rapprochait de celui de l'autre; ils traversaient ensemble la lame cutanée transparente à laquelle ils adhéraient, et paraissaient immédiatement s'insérer sur le placenta. Tout cela constituait le cordon ombilical, dont l'extrême brièveté devait avoir forcé les deux enfants à être accolés au placenta, et l'on peut dire que la lame cutanée adhérait à l'arrière-faix. Celui-ci était inséré sur la paroi antérieure de la matrice et le cordon naissait de son bord inférieur. Les intestins et la lame transparente qui les maintenait avaient pendant le travail formé cette partie arrondie que l'accoucheur n'avait pu reconnaître, et qui l'avait tant gêné dans son exploration. L'un des enfants avait un spina-bifida lombaire. Les sexes n'étaient pas reconnaissables. La mère se rétablit parfaitement. (*Neue Zeitschr. fur Geburtsk*, t. XV, n° 3.)

Cette observation donne quelques renseignements sur le mécanisme de l'accouchement, lorsque deux enfants sortent ensemble des voies génitales. M. Pies a très-bien compris que l'obstacle principal dans le cas actuel serait dû aux deux têtes, et sa manœuvre y a parfaitement obvié; mais il est à craindre qu'elle n'eût pas été aussi heureuse si les enfants eussent été plus volumineux. Si cette observation ne manquait pas de certains détails sur la position successive des deux corps, elle aurait une importance plus grande.

Abcès de la paroi postérieure du pharynx *chez un enfant de 4 mois*; par M. Besserer. — Un enfant de 4 mois, appartenant à une famille scrofuleuse, présenta, le 21 novembre 1840, les symptômes suivants : Fièvre médiocre, peau chaude, sèche; toux facile, grasse, peu fréquente, râles muqueux abondants dans le larynx et dans la trachée. La cavité buccale et l'arrière-gorge

étaient remplies de mucosités filamenteuses et visqueuses. La paroi postérieure de la gorge paraissait être recouverte d'une fausse membrane. La base de la laugue était épaissie et revêtue d'une couche blanche. La respiration était accélérée, la déglutition manifestement difficile, l'enfant ne prenant le sein que rarement. On crut à l'existence d'une diphthérite avec catarrhe laryngien et trachéal et on prescrivit un émétique. Le 23, les symptômes, surtout ceux du côté des voies respiratoires, étaient plus graves. La respiration était très-difficile, quelquefois avec d'assez longues intermittences, surtout dans le décubitus dorsal; la toux était rauque et fréquente. Les râles sont très-forts; il y a beaucoup de mucosités dans l'arrière-gorge. Le doigt, porté dans la bouche, trouve la paroi postérieure du pharynx saillante et tuméfiée. L'enfant est très-agité, et dans un état d'anxiété très-grand; il n'a pas voulu prendre le sein, et il a laissé couler de sa bouche le peu de lait qu'on lui a fait boire. On donna de nouveau un émétique et on mit trois sangsues au cou. A la suite du vomissement, il y eut un peu d'amélioration: on donna alors le calomel à la dose d'un demi-grain toutes les deux heures, et on prescrivit l'application d'un vésicatoire. Les symptômes restèrent stationnaires jusqu'au 1er décembre; seulement l'enfant s'affaiblissait. Ils revinrent brusquement et avec violence dans la nuit du 1er au 2. Il y eut surtout d'appréciable un certain bruit qui semblait être celui d'une pellicule qui se rompait sous l'effort, après avoir longtemps empêché la respiration. Toute tentative pour examiner le pharynx déterminait des accès de suffocation. M. Besserer, croyant avoir affaire à un croup, prescrivit le sulfate de cuivre. Le soir, il trouva l'enfant la tête portée fortement en arrière, la face pâle, couverte d'une sueur froide, et dans un état d'angoisse extrême. Le doigt, porté dans l'arrière-gorge, y trouva une tumeur tendue qui ne paraissait pas la rétrécir manifestement. Cette manœuvre rendit la respiration plus facile, de même qu'une pression sur les côtés du larynx, qui portait cet organe en avant. Des saignées, des émétiques, etc., amenèrent un peu d'amélioratiou; mais le lendemain les accidents revinrent plus violents, et l'enfant mourut dans la nuit.

A l'autopsie du cou, on trouva que le larynx, l'épiglotte et la trachée étaient blancs, exsangues et revêtus d'un mucus visqueux. La paroi postérieure du pharynx, qui n'était nullement enduite d'une fausse membrane, comme on l'avait cru voir pendant la vie, était blanche, tuméfiée et très-épaisse; elle formait

la paroi antérieure d'un abcès du volume d'un œuf de poule. Cet abcès, formé exclusivement par le tissu cellulaire, appuyait sur les corps des première, deuxième, troisième et quatrième vertèbres cervicales, et contenait une demi-tasse de pus épais d'un jaune verdâtre et floconneux. Les vertèbres n'offraient aucune trace de maladie. (*Rein. und Westf. Correspondenzbl.*, nº 22; 1844.)

L'observation que nous venons de rapporter est importante à plus d'un titre. D'abord elle signale un fait qu'à raison du silence des auteurs nous sommes autorisés à regarder comme très-rare; ensuite elle ajoute un article de plus au diagnostic comparatif du croup. Certes, bien des praticiens auraient commis l'erreur dans laquelle est tombée M. Besserer; mais la connaissance de son observation attirera l'attention sur cette cause de méprise qu'il n'a pas pu éviter. Nous n'avons pas besoin d'insister sur son importance; car il est bien sûr que, si l'on avait pratiqué à temps l'ouverture de l'abcès du pharynx, on eût sauvé cet enfant.

Cystite *chez un enfant de 11 mois, survenue à la suite de convulsions*; par M. Reiseberg.— La cystite, qu'on observe déjà si rarement chez l'adulte, est encore plus rare dans l'enfance; quelques auteurs vont même jusqu'à en nier l'existence.—Voici une observation dans laquelle on a pu remarquer la plupart des symptômes de cette maladie, et ce qui est plus intéressant, c'est qu'ils sont survenus à la suite de convulsions.

Obs. — Un enfant de 11 mois, bien développé et parfaitement constitué, n'avait pas été malade depuis sa naissance, lorsque, le 31 décembre, il fut pris subitement de convulsions. Ces convulsions furent générales et présentèrent quelque analogie avec l'épilepsie. L'attaque fut précédée d'un cri aigu, l'enfant perdit connaissance, il y eut de l'écume à la bouche, etc. L'attaque ne cessa qu'au bout de trois minutes, et la cessation fut signalée par de profonds gémissements. Après l'accès, la face devint pâle, recouverte d'une sueur froide, le regard était incertain, le pouls petit, irrégulier et fréquent. Du reste, il n'y avait aucun autre signe de maladie. Comme la première dent était tout récemment sortie de l'alvéole, et qu'il n'y avait pas de trace d'un nouveau travail de dentition, M. Reiseberg chercha la cause de ces convulsions dans le ventre, d'autant plus que l'enfant avait le dévoiement depuis quelques jours. Il le mit à l'usage du calomel à dose répartie. Les selles redevinrent meilleures au bout de quatre à

cinq jours, le sommeil était plus calme, l'appétit s'était rétabli, lorsque le 5 janvier il survint une nouvelle attaque analogue à la première. On recourut alors aux antispasmodiques qui furent suspendus le 10. Le 20 janvier, il survint une troisième attaque; c'était quelques jours après l'apparition de la deuxième dent. Le lendemain, il y eut encore une attaque plus faible que celle de la veille. On appliqua alors un vésicatoire à la nuque, et on continua les antispasmodiques. (Musc, succinate d'ammoniaque, etc.) Il y eut un peu de repos et de sommeil, l'enfant prit le sein, mais en jetant toujours des cris aigus. L'attaque se reproduisit tous les jours jusqu'au 23, et ce jour-là revint trois fois. Le bas-ventre n'était nullement tendu, mais il était un peu douloureux à la pression, si bien qu'on fut obligé d'employer un liniment et des fomentations calmantes; mais les selles étaient naturelles et les voies urinaires dans l'état normal. Le 23, l'enfant était plus agité, plus anxieux, lorsqu'on remarqua une diminution notable dans l'excrétion urinaire, lors même que l'enfant buvait beaucoup. L'urine elle-même était plus foncée, et paraissait déterminer des douleurs dans son émission. Malgré l'administration de plusieurs médicaments, l'excrétion urinaire ne devint pas plus abondante et se supprima même dans la nuit du 25. En même temps le ventre était douloureux à la pression, surtout dans la région hypogastrique, où le simple attouchement suffisait pour faire jeter des cris et déterminer une extrême agitation. L'enfant ne se tenait même un peu en repos que lorsqu'il avait ramené et croisé les jambes sous le siége à la manière orientale. Il préférait cette position à la position couchée. Du reste, il y avait de la fièvre, le pouls était petit, fréquent et serré, la bouche chaude et sèche; l'appétit était nul, l'enfant refusait le sein et ne prenait que quelques cuillerées d'eau sucrée froide. Dans la journée du 26, il eut deux vomissements. Les selles étaient régulières, mais chaque effort paraissait extrêmement douloureux, car ils coûtaient à l'enfant des cris aigus. On prescrivit l'application de deux sangsues à l'hypogastre, l'immersion dans un bain et une potion nitrée. Après la chute des sangsues, il y eut émission d'un peu d'urine très-chaude et de couleur très-foncée. Cette émission se renouvela plusieurs fois pendant trois heures, mais elle eut toujours lieu avec effort et douleur. La nuit suivante, il y eut du sommeil, et le matin l'enfant saisit le sein avec avidité. Mais l'urine n'était encore rendue qu'en petite quantité, et le 26, du matin jusqu'à midi, elle resta complétement supprimée. L'enfant était de nouveau très-agité,

l'abdomen était très-tuméfié, douloureux, la région vésicale très-développée. On prescrivit de nouveau un bain prolongé et l'application d'une sangsue. A la suite de ces moyens, il survint une abondante émission d'une urine très-foncée, trouble. Cette émission se renouvela plusieurs fois, mais en moindre quantité. La nuit fut calme, la tuméfaction et la douleur du ventre avaient diminué, et il survint une abondante transpiration. Le lendemain, l'excrétion urinaire eut lieu deux fois, mais toujours avec douleur et difficulté. Cette douleur était surtout manifeste dans les efforts pour aller à la garde-robe. Le soir, il y eut de nouveau, à la suite du bain, une abondante transpiration. Le 29, la tuméfaction et la douleur du ventre avaient tout à fait disparu, et l'urine, qui était très-abondante, avait repris une couleur très-claire. Le pouls avait gardé un peu de fréquence, et la peau restait humide. Depuis ce jour, l'amélioration persista, la douleur qui avait accompagné l'émission urinaire disparut graduellement, et le 31 janvier[1] le petit enfant n'avait aucun ressentiment de sa maladie. Tous les jours il avait eu une transpiration abondante. (*Preuss. Zeit.*, n° 10; 1840.)

On pourrait, à bon droit, réclamer un peu plus de détails que n'en donne M. Reiseberg avant de prononcer comme lui le nom de *cystite*. Il y a certainement quelques symptômes de cette maladie; mais il est difficile de suivre leur cause de développement et leur corrélation avec les convulsions qui existaient chez ce petit malade. Peut-être le vésicatoire n'a-t-il pas été étranger au développement des accidents vésicaux; peut-être ceux-ci ont-ils reconnu pour cause une lésion nerveuse qui aura déterminé une rétention d'urine. Nous le répétons, il est impossible d'accepter sans réserve le diagnostic de M. Reiseberg.

BULLETIN.

I. *Académie de médecine.*

Discussion sur la peste et les quarantaines.

La discussion générale du rapport sur la peste et les quarantaines est enfin parvenue à son terme. Onze séances y ont été

consacrées, et l'on n'a pas entendu moins de quinze discours. Certes voilà qui prouve beaucoup en faveur de la fécondité des académiciens, et surtout en faveur de la patience de l'Académie. Cependant tous les hommes en renom, tous ceux que l'on appelle les princes de la science, n'ont pris aucune part à la discussion : qu'on juge du nombre de discours qui eussent pu être prononcés ! Il y a de quoi rester stupéfié.

Six nouveaux orateurs ont été entendus : MM. Londe, Pariset, Bricheteau, Piorry, Ferrus et Bégin. Ainsi que nous l'avions prévu, cette seconde phase de la discussion n'a vu se produire aucun argument nouveau; en revanche, le rapport n'a pas plus à s'en louer que de la première. Si l'on en excepte en effet deux académiciens, MM. Ferrus et Bégin, qui se sont crus tenus, en leur qualité de membres de la commission, de venir défendre une cause que tout le monde désertait, tous les autres ont trouvé plus ou moins l'occasion de manifester le peu d'adhésion qu'ils donnaient à l'œuvre du rapporteur. Le discours le plus saillant de cette seconde phase de la discussion a été, sans contredit, le discours de M. Londe, discours écrit à un point de vue exclusif et radical, mais dont l'effet n'en a pas moins été fort grand; car jamais, depuis Chervin, on n'avait vu des opinions aussi hardies se produire avec cette allure vigoureuse et cette puissance de logique.

M. Londe a commencé par reprocher au rapporteur le manque d'unité, la contradiction manifeste qui existe entre la première et la seconde partie du rapport, contradiction dans laquelle il voit une condescendance pour des opinions et pour des institutions qui ne sont plus de notre temps. Arrivant au fond de la question, et la dégageant de toutes les subtilités dont l'obscurcissent les mots souvent mal définis et mal compris de *contagion* et *d'infection*, il l'a ramenée aux mêmes termes que M. Dubois (d'Amiens). M. Dubois avait dit que la seule chose à savoir, c'était si la peste était transmissible en dehors des foyers épidémiques. M. Londe s'est demandé de même si la peste peut être, ou non, transportée du pays où elle règne dans les pays sains, soit par des pestiférés, soit par leurs hardes. Ainsi posée, il faut bien le reconnaître, la question se simplifie notablement, tout se réduit à une seule question de fait : y a-t-il un seul fait bien constaté établissant que des relations entre des individus sains et des pestiférés ou des individus venant d'un pays où règne la peste, aient été suivies du développement de cette maladie chez les premiers, à une époque où il n'en existe aucun cas dans la localité, et où celle-ci ne présente

pas les conditions d'insalubrité au milieu desquelles apparaît la peste? Si cette coexistence se présente, il faut maintenir les quarantaines; mais aussi, par la même raison, l'inutilité de ces mêmes quarantaines sera démontrée, si ceux qui en demandent le maintien ne peuvent apporter à l'appui de leur opinion aucun fait offrant les garanties nécessaires. On voit par quels points de contact l'argumentation de M. Londe se rapproche de celle de M. Dubois; seulement M. Dubois avait abordé la question des principes : M. Londe les dédaigne, et il déclare oiseuses et insolubles les questions de transmissibilité au sein de l'épidémie, dont la commission s'est tant occupée. Mais comment convient-il de procéder dans cette recherche critique des faits? Faut-il, comme l'a fait la commission, enregistrer tous les faits de quelque part qu'ils viennent? N'admettra-t-on que ceux qui ne peuvent être contestés? Convient-il de discuter, ou, au contraire, de passer sous silence les garanties et les motifs de crédibilité que présentent les auteurs? Quelle confiance avoir, par exemple, dans ces faits de transmissibilité passés dans les mystérieuses enceintes des lazarets, et mentionnés seulement par les employés des intendances sanitaires?... Ici M. Londe examine avec détail les faits sur lesquels le rapporteur s'est basé. Depuis 1720, il est entré dans le port de Marseille plusieurs milliers de navires, et les registres de l'intendance en signalent dix comme étant arrivés avec la peste à bord : de ces dix, trois seulement ont vu des cas successifs de peste se déclarer au lazaret parmi des personnes venant du foyer de l'épidémie. Conséquemment les premiers ne peuvent servir à décider si la peste a été transmise d'un individu à un autre, ou si tous les individus atteints en ont pris le germe au foyer, et il ne resterait, pour prouver la transmissibilité, que les faits fournis par les sept autres navires, et dans lesquels auraient été frappés de peste les employés du lazaret ou toute autre personne n'ayant point été dans le foyer de l'épidémie. Ces faits, M. Londe les soumet à un contrôle sévère, et il conclut qu'ils n'ont aucune valeur, aucune importance. Mais ne présenteraient-ils pas des circonstances propres à leur enlever toute valeur scientifique, ils n'en seraient pas moins des faits isolés, plus ou moins contestables, manquant de l'authenticité convenable, et partant insuffisants? Ici l'orateur rappelle ce qui est arrivé pour la discussion de la fièvre jaune, où l'on a vu les hommes les plus éclairés, les Chervin, les Humboldt, les Pariset, les Audouard, les Moreau de Jonnès, interpréter les mêmes faits de la manière la plus diverse, et soutenir exactement des opinions

contraires en partant tous de mêmes bases... M. Londe a bien senti que, par ce mode d'argumentation, il détruisait sans pouvoir rien édifier; il a bien compris également qu'à ces milliers de faits, de notoriété publique, établissant la non-transmissibilité de la peste, on ne manquerait pas de lui opposer cet argument tant rebattu: que des milliers de faits négatifs ne prouvent rien contre un fait affirmatif; argument fort juste à la vérité, mais que l'on ne peut employer qu'à une condition, c'est que le fait contradictoire soit lui-même hors de doute. Or, nous avons vu que M. Londe rejette tous les faits que la commission regarde comme si bien établis. Ce que M. Londe veut, ce sont des événements dont l'histoire soit parfaitement éclaircie, des faits généraux bien connus et qu'on ne puisse contester; et ces événements historiques, ces faits généraux incontestables, c'est au rapport même qu'il les emprunte. Ainsi, il est démontré que lorsque la peste s'est manifestée en Asie, en Afrique, en Europe, l'apparition de cette maladie a toujours coïncidé avec des conditions très-appréciables d'insalubrité; que, lorsque les causes ou la plupart des causes d'insalubrité qui coïncident avec le développement de la peste ont été combattues et détruites par une administration vigilante, la peste ne s'est pas montrée; que la maladie ne se développe point dans la haute Égypte, la Nubie, l'Abyssinie; qu'elle ne remonte pas au delà de la première cataracte, lors même qu'elle règne avec une grande intensité dans la basse Égypte, et quoique les communications avec cette contrée et les lieux voisins ne soient pas interrompues; que la peste cesse spontanément dans la basse Égypte, à une époque fixe, vers le 24 juin, époque à laquelle souffle un vent sec et chaud, qui dessèche les localités paludéennes, arrête la production des miasmes, et, à ses changements dans les conditions du sol, joint l'avantage d'imprimer à l'organisme d'utiles modifications; que, chaque année, 70,000 à 80,000 pèlerins partent de tous les points de l'empire musulman pour se rendre à la Mecque: or, il n'y a pas d'année que, sur un point quelconque de cet empire, il n'y ait une épidémie de peste; que cependant ces nombreuses caravanes, parmi lesquelles se trouvent toujours plus ou moins d'individus porteurs d'effets ou de marchandises prétendus contaminés, n'ont jamais porté la peste en Arabie; ce qui certainement n'eût pas manqué d'avoir lieu depuis longtemps, si cette maladie était de nature transmissible. Ne résulte-t-il pas de tous ces faits que, quelque fréquentes et quelque nombreuses que soient les communications individuelles, la peste ne se transmet pas dans les pays

où manquent les conditions qui coïncident avec l'apparition du fléau dans les lieux où il est endémique? Lazarets, quarantaines, cordons sanitaires, et tout moyen de séquestration quelconque, y sont donc inutiles pour y arrêter la propagation de la peste, puisqu'elle s'arrête sans leur secours. Les conclusions de ce discours étaient faciles à prévoir, et M. Londe était trop habile logicien pour reculer devant leur inexorable rigueur. Aussi a-t-il établi: 1° que la peste n'est pas transmissible d'un individu malade à un individu sain, lorsque celui-ci est hors du foyer de l'épidémie; 2° que si la transmission n'est pas effectuée par le pestiféré lui-même, elle ne l'est pas d'avantage par les vêtements et par les marchandises; 3° que l'absence des quarantaines ne favorise en rien la transmission de cette maladie, et que leur sévérité n'en arrête pas la propagation; 4° que les seuls moyens préservatifs que l'on puisse employer consistent à assainir les lieux où la peste prend naissance et à soulager les individus qui les habitent; enfin il a demandé que les concusions du rapport fussent modifiées de manière à faire ressortir l'inutilité de notre régime sanitaire, et pour sa part il en a demandé formellement l'abrogation.

Vous venez d'entendre Hippocrate, vous allez entendre Galien, a dit assez plaisamment le secrétaire de l'Académie, qui a pris la parole immédiatement après M. Londe. Si l'honorable M. Pariset a voulu dire par là que son discours serait bien différent de celui du préopinant, il ne s'est pas trompé. En effet, le discours de M. Londe se fait remarquer par une logique rigoureuse, trop rigoureuse peut-être, par une sobriété de vues théoriques et hypothétiques, par une discussion critique des faits, souvent judicieuse mais toujours sévère. Ne cherchez rien de pareil dans le discours de M. Pariset. Tout y a été sacrifié au système favori: vous y trouverez à chaque pas ce que l'auteur appelle des principes. Eh! quels principes!.... un mépris profond pour toute règle et pour le bon sens de ses auditeurs, une crédulité aveugle pour tout ce qui peut venir à l'appui de ses croyances. On sait quel est le système que professe M. Pariset sur la peste: suivant lui, la cause exclusive de cette maladie se trouve dans les miasmes qui s'exalent des cadavres des animaux, et surtout des cadavres humains: aussi la peste ne naît-elle spontanément qu'en Égypte, et encore seulement depuis la cessation des embaumements. Il va sans dire que, avec ce système, la peste doit être transmissible de toutes les manières; par le contact médiat et immédiat des pestiférés, par toutes les émanations solides ou gazeuses qui s'échappent du corps de

ceux-ci, par les vêtements, les marchandises, etc. On comprend quelle profonde brèche le rapport a fait à un pareil système, d'abord, en établissant que l'Égypte n'est pas le seul foyer de la peste, qu'on la voit aussi se déclarer spontanément en Syrie, dans l'Asie Mineure, peut-être même en Turquie et dans les pays barbaresque; ensuite en reconnaissant trois ordres de causes à la peste : l'endémicité, la constitution épidémique et l'infection. De là trois points que M. Pariset s'est proposé de combattre. Il a cependant commencé l'attaque par une discussion relative aux recherches historiques de la commission, qui fixe la première apparition de la peste à une époque où les embaumements constituaient encore une pratique générale en Égypte. Il s'est efforcé de jeter du doute sur le véritable caractère de ces maladies, qu'on appelait *pestes* parce qu'elles étaient meurtrières ; remarque d'une grande justesse, mais qui s'applique bien plutôt aux épidémies du moyen âge qu'à celles qui régnaient pendant la période florissante de la médecine grecque et pendant celle de la médecine égyptienne.

Nous ne suivrons pas M. Pariset dans cette excursion qu'il a faite dans le domaine historique, rejetant telle peste, admettant telle autre, donnant à chaque pas des leçons d'histoire et de chronologie au rapporteur. Pour nous, nous n'avons rien à voir dans cette querelle, et nous continuons à penser que c'est là, dans le travail de la commission, un hors-d'œuvre injustifiable. Ce n'est pas cependant que M. Pariset attache, au fond, une grande importance à toutes ces statistiques. «Il a le malheur (et c'est plus fâcheux pour lui qu'il ne le croit) de ne rien comprendre à de telles superfluités, lesquelles s'effacent de la mémoire comme elles s'effacent de l'air, aussitôt qu'on les a prononcées. Ce n'est pas le nombre des faits qui l'intéresse, ce n'est pas cette multitude anarchique qui l'éclaire, ce sont les rapports que les faits ont entre eux ; et surtout ici ce sont les liens de dépendance et de succession qui les enchaînent et les subordonnent.»

Tout ce qui précède est sans doute bien extraordinaire et a droit de surprendre de la part du secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine : ce qui va suivre ne l'est pas moins. «Toute maladie aiguë, dit-il, se compose de deux éléments : l'un, ou *état maladif*, qui consiste dans les altérations que subit l'intime composition de nos parties ; le second, ou *acte maladif*, qui comprend les efforts que déploie le principe vital pour éliminer ce qui le gêne, et ramener l'économie à son état primitif de santé ; or, il va sans dire que l'état maladif de la peste est produit par les effluves, les éma-

nations qui s'échappent des cadavres putréfiés des animaux, et surtout des cadavres humains.» Voilà pour l'endémicité. Ne lui parlez pas de l'infection, il ne l'admet pas, et pour cause; et quant à l'incubation, il ne croit pas que l'on puisse lui assigner d'exactes limites. Il est des incubations de quelques minutes, de quelques heures, d'autres vont jusqu'à treize et quinze; mais il est des incubations de vingt, de trente et même de soixante et dix jours. Qui le croirait? il est des pestes *intermittentes*, et même *chroniques!*... Mais une chose très-curieuse, et nous pouvons dire affligeante, c'est de voir avec quel sérieux M. Pariset, dans son désir de limiter la peste à l'Égypte, suit, dans chaque pays, la généalogie de cette maladie, rangeant et torturant les faits à sa guise, et ne tenant nul compte des *superfluités statistiques*. On a vu plus haut que, de 1721 à 1830, dix navires seraient arrivés à Marseille, ayant la peste à bord. Mais M. Pariset *croit* savoir qu'il en est entré trente-quatre.—C'est un fait avéré à Marseille que jamais aucun portefaix employé à la *purge* des marchandises n'a été pris de la peste. Qu'importe à M. Pariset? il *croit* savoir que plusieurs ont succombé. — Il faut voir encore avec quelle naïveté il accepte et raconte comme des choses sérieuses des histoires faites à plaisir, de véritables contes bleus : ainsi l'histoire de cette femme qui perdit son mari, en temps de peste, le jour de Pâques, et qui quitta ses vêtements pour prendre le deuil. Elle les reprit à Pâques suivantes, mais en les prenant, elle prit la peste et en mourut; l'histoire de ce tailleur de pierres qui travaillait (sans doute avec beaucoup d'autres) à la construction d'une fabrique de coton à Kiliub, au milieu de tombes anciennes et nouvelles, qui mourut au bout de quatre heures, et dont la famille, composée de huit personnes, mourut aussi le même jour; le fait de la fourrure d'Orrans et de la pelisse qui avait donné la peste successivement à huit français; et cet homme plus merveilleux encore, qui porte la peste partout et ne l'a jamais, etc. M. Pariset va jusqu'à croire que des draps d'Angleterre qui seraient arrivés en Égypte pendant l'épidémie, auraient pu ensuite aller répandre la maladie dans des pays où ils avaient été exportés. Voulez-vous quelque chose de plus surprenant? «Les plantes textiles de l'Égypte, le lin, le chanvre, le coton, attirent dans leur intérieur les molécules si ténues, échappées de la décomposition des cadavres, et les conservent dans leurs tissus. Ces matières textiles, une fois travaillées, devenues marchandises, et pressées sur elles-mêmes, les miasmes qu'elles recèlent peuvent, par le repos, *par l'exclusion de l'air*, et par une certaine chaleur, réagir les uns sur les autres, et se

prêter à des combinaisons nouvelles et toujours plus dangereuses, comme il arrive, parmi nous, au linge de l'homme le mieux portant, lorsque, après l'avoir porté pendant quelques jours, il le plie et le serre exactement clos dans une armoire...» Ce n'est pas tout: «ces miasmes n'ont pas tous la même composition et la même activité : tel d'entre eux allume la fièvre ; tel autre élève le bubon ; celui-ci produit les charbons; celui-là les pétéchies; de telle sorte que la simultanéité de tous les symptômes sera l'œuvre de leur concours.» — En vérité, on croit rêver quand on voit, devant un corps dit savant, débiter sérieusement, pendant plusieurs longues séances, de pareilles imaginations. M. Pariset s'est figuré, à coup sûr, avoir encore à conter, aux romantiques habitués de la Société des bonnes-lettres, de ces contes qu'il savait si bien conter. Se peut-il qu'il ait oublié les cruelles leçons qu'il a reçues dans la discussion sur la fièvre jaune !

Avant d'aborder la réponse de l'honorable rapporteur, disons quelques mots des discours qu'ont prononcés MM. Piorry et Bricheteau. Si nous avons bien compris M. Piorry, il reproche à la commission de s'être servie du mot *infection*, dont le sens véritable peut être si facilement détourné. Ne valait-il pas mieux, dit-il, rentrer dans la série d'idées à laquelle conduit la physiologie expérimentale, et dire : la peste ne peut se transmettre que par l'*absorption pulmonaire* des miasmes répandus dans l'air? Suivant M. Piorry, cette transmission n'est à craindre que dans les endroits où beaucoup de pestiférés sont réunis et encombrés, et dans les espaces où l'air se renouvelle mal et qui n'ont pas une suffisante étendue pour l'habitation d'un seul ou de plusieurs malades atteints de la peste. Cette opinion de l'honorable académicien ressort uniquement de sa théorie de l'encombrement, et ne peut, jusqu'à démonstration spéciale, être prise au sérieux. D'accord avec la commission sur la plupart des questions de principes, M. Piorry ne pouvait adopter les conclusions pratiques : aussi ne demande-t-il pas des quarantaines, mais seulement des mesures hygiéniques sévères, propres à éviter l'encombrement des pestiférés, et à assurer à chacun d'eux des habitations vastes et aérées.

Ce que nous avons dit de M. Piorry, nous pouvons le dire aussi de M. Bricheteau; et loin d'admettre que, pour prévenir la propagation d'une semblable affection, il soit nécessaire d'enfermer les sujets suspects ou malades dans des lazarets, il croit qu'il faut les disséminer dans des habitations saines, suffisamment élevées; puis recourir aux ventilations et aux meilleurs moyens de désinfection, indépendamment des médications proprement dites, qu'il

faut employer concurremment. Il n'ose cependant blâmer trop fortement la commission, dont la position est, suivant lui, délicate, et qui avait à ménager les préventions de la population du midi de la France, encore terrifiée par la peste de 1720, et les scrupules de l'autorité supérieure, qui a besoin d'être profondément convaincue, avant d'anéantir de vieilles institutions, regardées à tort ou à raison comme préservatrices de la peste. Mais comment M. Bricheteau n'a-t-il pas vu quel est le véritable rôle de l'Académie, nullement appelée à faire des lois et des règlements? Ce qu'on lui demande, ce sont des renseignements : c'est d'éclairer la religion de l'administration; après cela le gouvernement peut reculer devant des réformes trop rigoureuses, en contradiction avec les opinions de son temps. Une assemblée scientifique se doit avant tout à elle-même de conclure rigoureusement; et si l'Académie pense que les lazarets et les quarantaines ne sont d'aucune utilité, elle doit le dire.

Arrivons maintenant au discours, dans lequel le rapporteur de la commission a résumé la discussion générale. M. Prus a commencé par s'adresser à lui-même des félicitations; et en vérité il a bien fait; car ces félicitations, il les mérite, et jusque-là, on en avait été trop peu prodigue à son égard. «Plus je réfléchis, a-t-il dit, au plan qu'il convenait de suivre dans l'exposition des faits, propres à jeter de la lumière sur les questions de quarantaine, plus je pense que l'ordre adopté dans le rapport était celui qu'il fallait choisir.» On ne pouvait guère s'attendre à ce qu'il pensât autrement; et il n'avait pas travaillé à son œuvre pendant un an, pour abdiquer en un jour des convictions si anciennes. «Avant de chercher quels pouvaient être les divers modes de transmissibilité de la peste, il convenait, a-t-il ajouté, d'apprécier, autant que la science permet de le faire, l'influence des causes productrices de la peste spontanée, sporadique ou épidémique.» Sans doute, cette appréciation eût été parfaitement à sa place dans un traité *ex professo* sur la peste, mais de quoi s'agit-il, et que demande le gouvernement? qu'on lui dise quelles modifications il peut apporter en toute sûreté au régime quarantenaire : c'était là toute la question, et l'on est vraiment étonné que le rapporteur s'en soit autant éloigné.

M. le rapporteur, par une tactique assez habile, s'est posé en victime des contagionistes et des anticontagionistes. C'était en effet une chose assez adroite de diviser les adversaires du rapport en deux camps aussi opposés. M. le rapporteur s'est fait illu-

sion, et c'est à tort qu'il a rangé MM. Dubois et Londe parmi les non-contagionistes systématiques; car ces deux académiciens ont cherché, autant que possible, à débarrasser la discussion de tout système, et à la porter dans le domaine des faits. M. le rapporteur s'est donné le plaisir d'opposer anticontagioniste à contagioniste, hypothèse à hypothèse, le *ferment* de M. Castel au *germe* de M. Bousquet, etc. Il a réfuté dans les règles le système de ce dernier, contagioniste pur, comme chacun sait; il a répondu longuement aux arguments relatifs à la transmissibilité de la peste par les hardes et par les marchandises. A quoi bon?... Mais une chose assez remarquable, c'est qu'il n'a pas cru devoir s'occuper du discours de M. Dubois: il s'est contenté de rappeler qu'il l'avait déjà fait. D'où nous concluons ou bien qu'il n'avait pas de nouveaux arguments à lui opposer, ou bien qu'il croyait en avoir fait bonne justice. Restait cependant le discours si pressant de M. Londe, dont il fallait chercher à détruire l'effet. Ici, M. le rapporteur avait un beau rôle à remplir: il pouvait montrer que, dans les sciences physiologiques il n'y a rien d'absolu; qu'on ne peut jamais accepter dans toute leur rigueur les formules mathématiques; qu'il faut savoir se défendre d'un entraînement irréfléchi, surtout lorsqu'il doit avoir pour résultat la modification d'usages aussi profondément enracinés dans l'esprit des populations. De tout cela, M. le rapporteur ne s'en occupe guère. Il signale en passant une *prétendue* contradiction, qui existe entre les deux non-contagionistes, dont l'un doute et l'autre affirme. Il assure que les cas de peste observés au lazaret de Marseille depuis 1720 n'établissent que trop bien la transmissibilité de la peste hors des foyers épidémiques. Il engage M. Londe à vouloir bien méditer toutes les pièces de Marseille, et il termine en se mettant derrière les noms des médecins de cette cité, tous attachés à l'administration sanitaire, qui ont adressé ces renseignements. Ce n'est pas la première fois que M. le rapporteur s'est ainsi abrité derrière les faits de Marseille: il faut cependant qu'il ait été mal inspiré dans le compte rendu qu'il en a inséré dans son rapport; car tous ceux qui les ont parcourus ont conservé les plus grands doutes, non-seulement sur la nature de la maladie, mais encore sur l'authenticité des faits eux-mêmes.

Ainsi, la campagne que M. le rapporteur a soutenue contre ceux qu'il appelle les *non-contagionistes* n'a pas été des plus brillantes. Il a été à la vérité plus heureux dans la discussion du système de M. Pariset: il a montré que ce système ne pouvait se soutenir un seul instant devant les faits. Et d'abord rien de mieux constaté que

la présence de la peste en Égypte avant la cessation des embaumements, c'est-à-dire avant l'année 356 de notre ère. Moïse a parlé d'une peste qui aurait existé dans l'année 2,443 de l'ère ancienne, si l'on s'en tient à la chronologie la plus généralement reçue; mais ce qu'il y a de plus sûr, c'est le texte de Rufus, que le cardinal Angelo Mai a découvert en 1831 dans la poussière du Vatican. Or, cet auteur, médecin très-instruit et très-estimé, parle d'une peste qui a régné en Égypte, trois siècles au moins avant Jésus-Christ, c'est-à-dire plus de 656 ans avant la cessation des embaumements. Ensuite y a-t-il rien de mieux établi que l'apparition spontanée de la peste à diverses époques en Syrie, dans l'Asie Mineure, où l'on ne connaissait pas les embaumements?... En résumé, ce qui frappe ceux qui ont lu avec attention la réponse de M. le rapporteur, c'est qu'il a choisi les arguments auxquels il a opposé une réponse, négligeant ou effleurant à peine ceux qui étaient embarrassants, et réfutant longuement ceux qui se réfutaient d'eux-mêmes. A peine s'il s'est justifié d'avoir négligé, dans les conclusions du rapport, des éléments auxquels il paraissait d'abord attacher une si grande importance, la sporadicité et l'épidémicité, par exemple. Mais, quant à expliquer comment, après avoir fixé à huit jours l'incubation de la peste, il demande des quarantaines de dix à quinze jours, suivant que la patente est nette ou brute; quant à expliquer comment il peut établir une inégalité aussi choquante entre les navires pourvus d'une patente identique, suivant qu'ils ont ou non un médecin à bord; et surtout quant à dire comment, après avoir fait de la peste une maladie infectieuse, c'est-à-dire une maladie analogue au typhus, à la fièvre jaune, etc., il peut demander encore des lazarets, des quarantaines, ou le moyen de rassembler dans un espace donné les éléments générateurs de la maladie; on chercherait en vain une réponse dans le rapport : il ne paraît pas avoir compris l'importance de pareilles contradictions.

En terminant, M. le rapporteur a fait appel à la prudence et à l'humanité de MM. Rochoux et Londe, pour les engager à ne pas convertir en proposition les opinions radicales qu'ils ont manifestées au sujet des quarantaines et des lazarets; comme si la véritable prudence et la véritable humanité ne consistaient pas à faire triompher la vérité. Relativement à l'amendement de M. Gaultier de Claubry, qui fixe à dix jours à partir du départ toutes les quarantaines pour les provenances du Levant, M. le rapporteur a réservé l'opinion de la commission. Enfin, il a déclaré se rallier à tous les amendements qui auraient pour but d'appeler l'attention

des gouvernements, et du gouvernement français en particulier, sur les réformes générales ou partielles, destinées à détruire la peste ou ses conditions proégomènes, au sein ou en dehors des foyers épidémiques.

II. *Académie des sciences.*

Encéphalocèle congéniale. — Scélotyrbé. — Médication réfrigérante. — Vaccine. — Pneumonie calculeuse. — Gastrotomie fistuleuse. — Altérations des globules du sang. — Hypertrophie de la prostate.

Les communications médicales semblent de jour en jour oublier davantage le chemin de l'Académie des sciences, et les séances du mois dernier n'ont été remplies par la lecture d'aucun travail d'une certaine importance.

1° M. Serres a fait part à l'Académie, au nom de M. Belhomme, d'un fait d'*encéphalocèle congéniale* assez intéressant. Ce fait est relatif à un enfant né le 26 mai 1846 avec la difformité suivante: tête représentant une masse informe sans enveloppe osseuse ou plutôt avec absence des pariétaux, du coronal et d'une portion de l'occipital; et à la place de ces os, une tumeur qui paraissait renfermer le cerveau; la tumeur constituée par une membrane d'aspect fibreux; au côté gauche de cette masse, une seconde tumeur, d'un blanc nacré, paraissant renfermer de la matière cérébrale appartenant au lobe postérieur. En arrière de ces tumeurs mobiles et compressibles, on apercevait la nuque parfaitement formée et qui devait contenir le cervelet, la protubérance annulaire et la portion bulbeuse de la moelle allongée. En avant et au-dessous de la tumeur, on voyait un rudiment de la face; la mâchoire supérieure était très-imparfaitement développée; la voûte palatine fendue ainsi que le voile du palais; le nez fendu, aplati, dévié à droite et plus développé de ce côté; à gauche, il n'y avait qu'un rudiment de cet organe. A la place de la voûte palatine, on rencontrait une portion membraneuse qui adhérait d'une part aux os et de l'autre à la portion supérieure de la tumeur cérébrale. La bouche était complète à l'exception de la lèvre supérieure qui manquait, et offrait un bec-de-lièvre fort large; la langue existait dans son intégrité; la mâchoire inférieure était normalement développée et ses mouvements étaient réguliers; les orbites manquaient en partie, surtout à droite; les yeux existaient à peine; les globes oculaires étaient atrophiés; l'œil gauche seul était visible. Le reste du corps parfaitement conformé, et toutes les fonctions s'accomplissant d'une manière régulière. Au bout de deux jours, la tumeur cérébrale s'échauffa; l'enfant commença à avoir quelques convulsions; tout annonçait un travail inflammatoire qui finit par amener la mort le sixième jour après la naissance. A l'autopsie, on trouva la peau, le tissu cellulaire, les enveloppes du cerveau et le cerveau lui-même parvenus à un certain degré d'organisation qui les rendait reconnaissables: ainsi la peau était représentée par une pellicule très-mince; les diverses membranes plus

ou moins adhérentes et à peine vasculaires; le cerveau manquant de circonvolutions; on distinguait parfaitement le cervelet, la protubérance, le bulbe rachidien, l'origine des nerfs; les artères étaient peu développées et comme atrophiées au sommet de la tumeur; cependant l'artère vertéb ale, les artères méningées postérieures et moyennes étaient plus développées que les méningées antérieures. Les os du crâne manquaient absolument; *un détritus de membrane étrangère à la tumeur était flottant et appartenait à l'amnios*. Aussi M. Belhomme a-t-il tiré de cette observation les conclusions suivantes: 1° l'ectrogénie provient quelquefois d'une adhésion d'une partie quelconque des organes formés dans les premiers temps de la conception avec les dépendances placentaires; 2° ces organes ainsi suspendus n'acquièrent pas la forme et le volume ordinaires, ce qui cause la différence; 3° il y a une coïncidence marquée entre le défaut de développement organique et l'atrophie des vaisseaux qui se rendent à ces tumeurs ectrogéniques; 4° ce fait ne peut que corroborer l'opinion scientifique, au point de vue anatomique, physiologique et organique.

2° M. Guyon a adressé d'Alger un travail sur la nature de la maladie connue des anciens sous le nom de *scélotyrbe* ou *scélétyrben*. D'après les citations empruntées par l'auteur à Galien, à Pline, à Strabon, cette maladie serait une espèce de paralysie des membres inférieurs. Suivant M. Guyon, ces accidents, marchant de front avec la stomacacée, s'observent encore aujourd'hui dans nos épidémies de scorbut, soit à terre, soit à la mer, et l'auteur dit en avoir été témoin sur une grande échelle en Hollande de 1811 à 1814. Son mémoire est terminé par les conclusions suivantes: 1° les accidents connus des anciens sous le nom de *scélotyrbe* ou *scélétyrben*, ne sont autre chose qu'une des manifestations du scorbut; 2° leur véritable cause peut éclairer la nature de la maladie en général, en ce sens que désormais la difficulté des mouvements tenant à des infiltrations musculaires ne sera plus confondue avec celle qui se rattache à la débilité générale qui semble constituer le fond de la maladie.

3° M. Andral a présenté au nom de M. Robert-Latour un mémoire intitulé: *Mode d'action de la médication réfrigérente appliquée sur toute la surface du corps, et des conditions qui en rendent l'emploi inoffensif*. Voici les propositions principales de ce travail: 1° tous les phénomènes produits par l'application du froid sur le corps vivant peuvent s'expliquer d'une manière toute physique par la condensation qu'il produit dans les tissus, et par le retrait qu'il apporte à la progression du sang dans les petits vaisseaux; 2° l'augmentation de la chaleur qu'on éprouve dans une partie soumise à l'action du froid et qui rougit n'est pas réelle; 3° l'action du froid est d'autant plus facilement et d'autant plus longtemps supportée qu'au moment de son application la température normale du corps est plus élevée; 4° soit qu'on élève la température par l'exercice, soit qu'on le fasse en entourant le corps de tissus mauvais conducteurs du calorique, comme une couverture de laine, on ne produit jamais une élévation plus considérable que 2 degrés; alors la sueur s'établit, et cela a lieu quelle qu'ait été la

température au point de départ; 5° une fois qu'on a obtenu cette élévation de température de deux degrés, on peut impunément soumettre le corps à l'action de l'eau froide, à la condition qu'on fera cesser l'action du froid dès que la température de l'homme qui y est soumis sera revenue à ce qu'elle était au moment où on l'a élevée artificiellement.

4° M. Testel a envoyé un mémoire sur la pratique de la *vaccine* en France, sur les manières de l'inoculer, et sur les précautions à prendre pour conserver le virus-vaccin. Ce travail paraît destiné à concilier les opinions de ceux qui regardent le vaccin comme ayant dégénéré, et de ceux qui, ne partageant pas cette dernière croyance, n'accordent cependant au vaccin qu'une influence préservatrice temporaire. En effet, l'auteur admet trois variétés de vaccine: 1° la *fausse*, qui ne préserve pas de la variole; 2° la *mixte*, qui préserve pour quelques années seulement; 3° la *vraie*, qui préserve constamment et pour toute la vie. L'auteur a décrit en détail chacune de ces trois espèces de vaccine, et donné leurs caractères différentiels. Malheureusement les différences qui séparent la vaccine *vraie* de la vaccine *mixte*, si cette dernière existe, n'ont pas été exposées par lui avec le netteté et la précision nécessaires en pareille matière. Au reste, si ces faits se vérifiaient, on y trouverait l'explication d'un bien grand nombre de difficultés qui divisent encore les savants.

5° Un médecin du département de Loir-et-Cher, M. Wanner, a communiqué une note relative à la phthisie pulmonaire. Suivant lui, les tubercules pulmonaires sont dus à la présence des principes minéraux qui se trouvent déposés en excès dans ces organes; aussi appelle-t-il cette maladie une *pneumonie calculeuse*. La Sologne, dans laquelle l'auteur a fait son séjour, doit son immunité de la phthisie au *manque de chaux* qui ne se rencontre dans ce pays sous aucune forme. Si l'auteur est allé s'établir dans ce pays pour y découvrir des choses aussi belles et surtout aussi neuves, nous dirons, nous, comme le fabuliste : *N'allez pas voyager.*

6° M. le professeur Sédillot a adressé un mémoire sur la *gastrotomie fistuleuse*. M. Sédillot propose, dans le cas de rétrécissement de l'œsophage, tels que les malades sont menacés de mourir d'inanition, il propose, disons-nous, de faire à l'estomac une ouverture permanente pour introduire les aliments. Il rapporte des faits dans lesquels, la nature ayant produit des ouvertures pareilles, les sujets ont survécu. Il cite des expériences sur les animaux, particulièrement sur les chiens, qui ont parfaitement réussi. Il convient cependant qu'il n'a pas encore soumis à l'expérience cette opération sur l'homme vivant. Nous espérons, pour notre part, que M. Sédillot n'en fera rien: on a vu en effet tous les grands animaux auxquels on a voulu pratiquer des fistules gastriques succomber avec la plus grande rapidité. Rien ne prouve qu'il n'en soit pas de même pour l'homme.

7° MM. Albert Dujardin et Didiot ont communiqué le résultat de quelques expériences entreprises par eux sur le *degré comparatif de vitalité des globules sanguins de l'homme* en divers états de maladie. Ces deux auteurs ont mis en usage le procédé récemment

employé par M. Dumas. Ils ont reconnu, dans la fièvre typhoïde surtout, une diffluence et un défaut de résistance constamment en rapport avec la gravité de l'affection; de même dans l'érysipèle spontané et dans quelques maladies où l'hématose est incomplète, comme la phthisie, les affections organiques du cœur, la pneumonie dissimulée; tandis que dans la pleurésie, la pneumonie franche, l'hémoptysie simple et la dyssenterie aiguë, le rhumatisme aigu et la rougeole, les globules sanguins sont toujours restés intacts sur le philtre.

8° M. Auguste Mercier a envoyé un mémoire intitulé : *Sur le traitement des derangements des excrétions urinaires causés par l'hypertrophie de la prostate*. Dans ce travail, M. Mercier rejette comme inutile, ou du moins comme incertain, le traitement médical des engorgements prostatiques; il rejette surtout comme fort dangereux la ligature et l'arrachement des tumeurs de la prostate, et l'emploi des excitants de la contractilité musculaire contre la rétention d'urine. Le travail de M. Mercier peut se résumer dans les propositions suivantes : 1° Une tumeur saillante ou pédiculée de la portion sus-montanale doit d'abord être traitée par la dépression; plus tard par l'excision si le premier moyen n'a pas réussi. Les valvules ou les tumeurs peu saillantes à large base peuvent encore être traitées par la dépression, mais l'incision réussit d'une manière plus certaine et surtout plus durable. Les tumeurs qui s'élèvent du sommet des lobes latéraux réclament l'excision. Quant à la tuméfaction centrale des lobes latéraux, qui met obstacle au cours de l'urine en déviant le canal, on n'a d'autre ressource pour redresser celui-ci que de mettre à demeure des sondes volumineuses dans leur tiers terminal. 2° Dans tous les cas, lorsqu'on ne veut pas tenter la cure radicale, il faut habituer le malade ou quelqu'un de ses proches à pratiquer le cathétérisme à l'aide d'une sonde élastique à courbure fixe, de manière à prévenir la distension de la vessie et à rendre à cet organe sa contractilité. Ce cathétérisme exige beaucoup d'étude ou de prudence pour éviter les fausses routes. 3° Quant aux formes d'hypertrophie qui donnent lieu à l'incontinence d'urine, le chirurgien est à peu près impuissant contre elle. On ne peut que chercher à accroître, s'il est possible, l'énergie du col.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité élémentaire et pratique de pathologie interne, par A. Grisolle, D. M. P., médecin de l'hôpital Saint-Antoine, agrégé à la Faculté de médecine, etc.; 2e édition revue et augmentée. Paris, 1846; in-8°, 2 vol. de VIII,-851 et 854 pag. Chez Victor Masson.

Nous ne voudrions pas toujours prendre pour mesure de la valeur d'un livre le nombre et la succession rapide de ses éditions. La

vogue s'obtient, même en médecine, par tant de circonstances étrangères au mérite, que le procédé serait souvent assez peu sûr. Mais quand un traité de médecine pratique, qui ne s'adresse à aucun parti, à aucun système, qui n'est point patroné par une position élevée de l'auteur, atteint une seconde édition avant que la deuxième année se soit écoulée, ce ne peut être que le signe d'un mérite incontestable. C'est ce qu'on peut dire du succès obtenu par le *Traité élémentaire et pratique de pathologie interne* du Dr Grisolle. C'est, en effet, parce que ce traité a réellement satisfait à un besoin du moment, parce qu'il présente un résumé clair, exact et substantiel de nos connaissances en pathologie interne et des préceptes de la pratique médicale, qu'il a été avidement et justement recherché.

Nous ne ferons pas une analyse de cet ouvrage. Ce sont de ces livres sur lesquels on porte un jugement général, mais qu'on ne peut soumettre à un examen critique détaillé. Sans doute, dans ce travail immense, il est quelques points de doctrine que nous pourrions contester, quelques lacunes qu'il serait possible de signaler. Ainsi nous pourrions, non pas reprocher à M. Grisolle, mais discuter l'opinion un peu absolue qui lui a fait admettre l'identité du typhus nosocomial et de la fièvre typhoïde, et la contagion de cette dernière affection, etc. Mais à quoi pourrait servir une pareille critique de détail? à montrer qu'il y a dans la science beaucoup de points controversés et controversables. Nous aimons mieux avouer que le livre de M. Grisolle est composé sur les recherches les plus sûres et les plus positives et dans l'esprit des doctrines soutenues dans ce journal; ce qui peut bien être blâmé par d'autres, mais ce qui certainement ne peut que mériter nos éloges et notre adhésion.

Nous ne reviendrons pas sur l'ordre que l'auteur a suivi dans l'exposition des maladies et dont le choix a été critiqué dans l'article consacré à la première édition. Cet ordre est le nosologique, c'est-à-dire celui qui range les maladies par leurs affinités naturelles; 1° fièvres; 2° maladies constituées par un vice de proportion du sang; 3° inflammations; 4° hémorrhagies; 5° sécrétions morbides; 6° empoisonnement; 7° lésions de nutrition; 8° transformations organiques et produits morbides accidentels; 9° névroses; 10° maladies propres à certains organes ou à certains tissus. Il nous paraît encore, après le plaidoyer de l'auteur en faveur de son plan, que l'ordre anatomique eût été préférable : mais la chose est de trop peu d'importance au fond pour la discuter de nouveau; et il suffit que les maladies bien décrites puissent être facilement trouvées à l'aide d'une table des matières.

Du reste, comme le dit l'auteur, malgré le peu de temps qui lui a été donné pour préparer la seconde édition de son Traité, il n'a négligé aucun des soins qui pouvaient le perfectionner et le tenir au courant de la science. Cette deuxième édition a été augmentée d'un grand nombre d'additions et a été modifiée dans beaucoup de points. Ainsi le chapitre consacré aux *fièvres en général* a été refondu en entier; l'auteur y a ajouté des considérations diagnostiques et thérapeutiques plus étendues sur l'état fébrile. L'article sur la *suette* a été également refait. L'auteur envoyé à Limoges par

l'autorité pour observer l'épidémie de cette maladie qui y a sévi dernièrement, a pu en traiter avec plus de vérité. Des additions importantes ont été faites aux chapitres sur la *gastrite chronique*, sur l'*œdème de la glotte*, sur l'*apoplexie pulmonaire*, sur l'*emphysème pulmonaire*, sur la *phthisie*, sur le *diabétès*, sur la *folie*, etc. etc. Il a été ajouté des articles spéciaux sur les *perforations intestinales* et sur celles de l'*appendice cæcal*; sur l'*incontinence d'urine chez les enfants*; sur quelques *paralysies musculaires*; sur les *concrétions pulmonaires*; sur les *névralgies utérines* et *vésico-anales*. Il est toutefois une amélioration purement de forme que nous regrettons que M. Grisolle n'ait pas introduite dans sa seconde édition : c'est l'indication des ouvrages ou mémoires dont il cite les auteurs souvent obscurs à l'appui des doctrines ou des faits qu'il expose. Ce soin devrait être surtout observé dans les ouvrages de peu d'étendue, qui doivent racheter par l'indication précise des sources, l'absence des longs développements.

Nous croyons, malgré ces critiques de peu de portée, en avoir dit assez pour faire apprécier le mérite et l'utilité du Traité de pathologie de M. Grisolle, qui, sans avoir les proportions exubérantes de certains ouvrages exotiques, s'éloigne de la stérilité et de la sécheresse d'un simple abrégé : sortes de livres funestes partout, mais surtout dans une science aussi complexe et aussi peu avancée que l'est la médecine.

Elèments de pathologie médicale, par A.-L. Requin, D. M. P., médecin de l'Hôtel-Dieu (annexe); t. II. In-8°, pp. 2818; Paris, 1846. Chez Germer Baillière.

Il y a bientôt trois ans que nous avons publié un compte rendu détaillé du premier volume de cet ouvrage. A cette époque, nous avons fait connaître notre opinion sur le but et les tendances de l'auteur; en même temps nous avons rendu justice aux qualités incontestables de son œuvre, et nous lui avons promis un succès que l'événement n'a sans doute pas démenti. Le deuxième volume, dont nous avons maintenant à nous occuper, a paru il y a déjà plusieurs mois, et nous pouvons dire qu'il ne sera pas accueilli moins favorablement que le premier. Ainsi que nous l'avions prévu, ce deuxième volume ne termine pas l'ouvrage. Il était bien difficile, en effet, de comprendre, après l'étendue que l'auteur avait donnée aux généralités de la pathologie, et surtout après les développements considérables dans lesquels il était entré, qu'il pût embrasser toute la pathologie dans un volume et demi. Ainsi donc nous aurons un troisième volume. Pour notre part, nous sommes loin de nous en plaindre; nous croyons que les livres élémentaires ou classiques ne peuvent être utiles à ceux qui débutent qu'à la condition de leur aplanir les difficultés de la route, et par conséquent de leur offrir à chaque pas des renseignements suffisants.

Dans le premier volume, l'auteur avait commencé l'histoire des inflammations; il l'a continuée dans le second, et il a traité successivement des inflammations des membranes séreuses et des in-

flammations parenchymateuses. Les chapitres suivants sont consacrés à l'étude des hypertrophies, des atrophies, des gangrènes, des tuberculisations, des hydropisies, des flux, des pneumatoses, et enfin des vices organiques divers. On comprend qu'il nous serait fort difficile de suivre l'auteur pas à pas dans les diverses parties de son sujet. Ce que nous pouvons dire, c'est qu'à côté d'articles dans lesquels il a déployé un talent véritable, il y en a d'autres, heureusement en petit nombre, qui sont ou d'une grande faiblesse ou peu à la hauteur de la science. Ainsi, dans l'article *méningite*, l'auteur a confondu dans une description commune la méningite proprement dite et l'affection si improprement nommée *méningite tuberculeuse*. Ainsi, en faisant l'histoire de la pneumonie lobulaire, l'auteur ne paraît pas avoir connu les recherches publiées dans ce recueil par MM. Legendre et Bailly. Si des inflammations nous passons aux hypertrophies, nous voyons que l'auteur y comprend l'*éléphantiasis* et le *prurigo!* En revanche, à l'article *gangrène*, l'auteur ne s'occupe ni de la gangrène produite par l'usage du seigle ergoté, ni de la stomatite gangréneuse, ni de la gangrène vulvaire, qu'il abandonne à la chirurgie (chose d'autant plus bizarre qu'il a traité lui-même très-longuement de la gangrène coccygienne). Nous nous étions déjà plaints, lors de notre premier article, de la répartition tout à fait arbitraire que l'auteur avait établie entre la pathologie chirurgicale et la pathologie médicale. Mais cette répartition ne s'était pas encore montrée aussi choquante que dans le second volume. Prenons pour exemple les hydropisies, et nous verrons que M. Requin n'a traité ni de l'hydrorachis, ni de l'hydropisie de l'ovaire, parce que, suivant lui, la chirurgie a seule à s'en occuper. Mais alors pourquoi a-t-il traité l'hydrocéphale? pourquoi n'a-t-il pas encore abandonné l'hydrothorax et l'ascite, dans lesquelles la chirurgie peut aussi avoir à prétendre quelque chose? Pourquoi a-t-il parlé de l'hydramnios, tandis que la véritable place de cette maladie est dans l'obstétrique? Le croirait-on! après avoir parlé, dans le chapitre XIII, des rétrécissements de l'aorte, il réserve l'anévrysme de cet artère pour la pathologie chirurgicale, « encore bien, dit-il, que ce soit là une maladie « interne dans toute l'acception du mot ; encore bien qu'il n'y ait pas « d'opération qui puisse y porter remède ; encore bien que tout le trai- « tement se réduise alors à l'intervention de la médecine propre- « ment dite, cependant les anévrysmes artériels forment une « famille si naturelle, et qui appartient tellement par la plus « grande majorité des genres dont elle se compose au domaine du « chirurgien, que nous préférons l'attribuer tout entière à la « pathologie chirurgicale » (p. 714). Ainsi, l'auteur s'enferme volontairement dans un cercle qu'il a lui-même tracé, et il convertit de son autorité privée l'honorable chirurgien qui lui sert de collaborateur, en un professeur d'auscultation et de percussion. Il lui laisse discuter les médications diverses, éminemment médicales, qui ont été proposées dans le traitement de cette maladie. En vérité, avec des arguments de ce genre, l'auteur aurait pu se dispenser de parler des inflammations de tous les organes, parce que ces inflammations forment une famille des plus naturelles. A plus

forte raison eût-il pu se dispenser de parler du cancer du foie et de l'utérus, la famille des cancers se trouvant aussi presque tout entière dans le domaine chirurgical. Puisque nous parlons du cancer, nous dirons, en passant, que l'auteur a renvoyé pour tous les détails relatifs à cette affection considérée d'une manière générale, qu'il a renvoyé, disons-nous, à la chirurgie, comme si jamais il y eût au monde un sujet plus médical que celui-là. Et tout cela, veut-on le savoir? Parce que la chirurgie a un rôle plus brillant que la médecine, parce qu'elle peut *enlever le mal* (p. 384).

Nous aurions pu relever, dans l'ouvrage de M. Requin, un certain nombre de propositions hardies et mal sonnantes, d'articles écourtés, etc., mais nous devons avant tout tenir compte des difficultés du sujet. Il est impossible à un seul homme de posséder à un même degré toutes les connaissances qui forment le domaine de la pathologie médicale. Nous l'avons déjà dit il y a trois ans, les ouvrages de cette espèce ne seront jamais que des œuvres d'érudition et de critique, dans lesquelles on retrace plus ou moins fidèlement le tableau de l'état de la science, dans lesquelles on reconnaît bien ou mal ses lacunes, où l'on apprécie d'une manière plus ou moins judicieuse les doctrines et les préceptes techniques. Or l'érudition a ses bornes, et il est impossible qu'un critique, quelque circonspect qu'il soit, ne faillisse en certaines circonstances. A cette époque, et en parlant de la classification de l'auteur, nous avions dit, sans entrer dans une discussion étendue, que nous préférions de beaucoup l'ancienne classification de Pinel, modifiée d'après les acquisitions récentes. Or, l'auteur nous a donné véritablement gain de cause en constituant son chapitre 13, où il a réuni ce qu'il appelle les *vices organiques divers*. Veut-on savoir de quoi se compose ce chapitre 13? On y trouve à côté de l'*œdème des nouveau-nés*, l'*occlusion du canal digestif*, la *cirrhose* à côté de la *dilatation des bronches*, et un certain nombre d'affections du cœur (anévrysme, rupture, insuffisance des valvules, rétrécissement des orifices, communication contre nature des cavités droites et gauches du cœur), toutes altérations qu'il eût été facile de ranger dans une catégorie précédente sans forcer les analogies, si l'auteur, au lieu de s'en tenir strictement à la lésion anatomique, avait voulu remonter jusqu'aux causes qui les produisent et jusqu'à leurs modes de formation.

Telles sont les réflexions que l'ouvrage de M. Requin nous a inspirées. En somme, nous avons retrouvé dans son livre les défauts et les qualités que nous avions découvertes, soit en principes, soit en effets, dans la première partie de son ouvrage: ce style net, élégant, mais souvent recherché, cette affection toute particulière pour la définition scolastique, la synonymie, les citations grecques et latines... tout cela à côté de descriptions traitées d'une manière fort remarquable, de critiques souvent judicieuses, de principes thérapeutiques bien établis; autrement dit, cet ouvrage nous a confirmé dans l'opinion que nous avons déjà émise une première fois, que c'était l'œuvre d'un talent incontestable, mais inégal.

An essay of the philosophy of the medical sciences (*Essai sur la philosophie des sciences médicales*), par Elisha BARTLETT, M. D., professeur de médecine théorique et pratique à l'Université de Maryland. Philadelphie, 1844; 1 vol. in-8° de 312 pages.

Qu'est-ce que la philosophie médicale? Quels sont ses vrais principes, ses bases fondamentales, ses limites exactes? Toutes ces questions, si intéressantes pour la théorie et pour la pratique, sont encore bien loin de leur solution. Comment, en effet, séparer nettement la philosophie médicale de la pathologie générale et de l'histoire de la médecine? Comment, en d'autres termes, distinguer d'une manière précise la philosophie d'une science de cette science elle-même ou de ses phases successives? A nous moins qu'à tout autre il appartient d'aborder ces problèmes élevés: donc hâtons-nous de revenir à notre rôle de critique, et disons seulement, comme point de départ de notre examen, que la philosophie médicale n'est pour nous, dans sa signification positive, que l'étude de la *méthode* appliquée à la recherche, à l'appréciation des faits, et à l'institution des doctrines. Les faits sont le corps même de la science; les doctrines en sont l'âme, et la philosophie est le lien secret et mystérieux qui unit l'âme au corps pour en faire un tout logique.

Le temps des doctrines embrassant l'universalité de la médecine ne nous paraît pas encore arrivé; nous sommes à une époque de transition; le passé n'est presque plus rien pour la génération actuelle; nous avons la prétention, légitime à beaucoup d'égards, de constituer la science sur des bases nouvelles. Soyons donc conséquent, cultivons d'abord avec une infatigable patience le champ de l'observation pratique; en un mot, commençons par recueillir les faits avec critique, le moment de la généralisation viendra plus tard. Mais arrivons au livre de M. Bartlett.

Dans le dix-huitième chapitre de la deuxième partie de son ouvrage, l'auteur nous trace un tableau rapide, mais vivement coloré, des écarts auxquels l'esprit de système a entraîné un grand nombre de médecins américains (1). Il n'est pas étonnant que la vue de ces désordres, aussi pernicieux pour les malades que pour les progrès de la science, ait inspiré à M. Bartlett le désir de poser une fois pour toutes les véritables bases de la médecine, et de ramener ainsi dans la bonne voie quelques-uns de ces systématiques égarés. Nous croyons du moins que c'est dans cette pensée qu'il faut chercher les motifs qui ont engagé l'auteur à écrire son *Traité de la philosophie des sciences médicales.*

On doit s'attendre à trouver dans un livre rédigé sous une pareille inspiration des maximes sévères et rigoureuses, ne laissant pas le moindre refuge à l'imagination ou à des raisonnements hasardés; il est clair pour nous, comme il le sera pour tout lecteur

(1) Nous comptons publier en entier cet intéressant chapitre, qui nous révèle un côté peu connu de l'histoire médicale contemporaine.

attentif, que l'unique but de l'auteur, en écrivant son livre, était d'arriver à ce résultat positif. Voyons s'il en est toujours ainsi.

M. Bartlett a divisé son ouvrage en deux parties : la première est consacrée à exposer les principes des sciences physiques; car, suivant la remarque très-judicieuse de l'auteur, les principes de ces sciences sont à peu près les mêmes que ceux des sciences médicales; seulement, les premières étant moins compliquées que les secondes, une exposition des principes de celles-là peuvent servir très-utilement d'introduction au développement des principes de celles-ci, qu'il étudie dans la seconde partie. En tête de chaque partie, M. Bartlett pose quelques principes universels, qui font pour ainsi dire le noyau de tout son raisonnement. Il en admet six comme base des sciences physiques. Nous ne nous occuperons ici que des trois premiers : le quatrième et le cinquième ne nous semblent guère autre chose que des corollaires des principes précédents; le sixième ne touche pas immédiatement aux éléments constitutifs de la science. Voici les trois grands principes de M. Bartlett; nous avons tâché de les reproduire aussi exactement que possible.

I. Toute science physique est constituée par des faits, des phénomènes ou des événements certifiés, vérifiés (*ascertained*), considérés dans les relations qu'ils ont avec d'autres faits, d'autres événements, d'autres phénomènes; le tout soumis à une classification et à un arrangement.

II. Ces faits, ces phénomènes, ces événements, conjointement avec leurs relations, ne peuvent être rendus certains que d'une seule manière, c'est-à-dire par l'observation ou l'expérience; ils ne sauraient être déduits d'aucun autre phénomène ou événement, ou d'aucune autre relation, par quelque procédé de raisonnement indépendant de l'observation ou de l'expérience.

III. Une loi ou un principe des sciences physiques est constitué par une généralisation absolue et rigoureuse de ces faits, de ces phénomènes, de ces événements et de ces relations, mais par aucune autre chose; c'est la même chose que la généralité d'un phénomène ou l'invariabilité d'une relation.

On ne saurait refuser tout d'abord à ces principes une grande apparence de rigueur. M. Bartlett va même plus loin encore, puisqu'il propose de rejeter de la science le mot *induction* (p. 8). Selon lui, l'abus que l'on a fait de ce mot est la cause de beaucoup d'obscurités dans la philosophie de la science. Nous ne connaissons pas assez la littérature médicale d'Amérique pour savoir quel abus on a fait dans ce pays de cette expression; mais ce que nous pouvons affirmer, c'est qu'en Europe, depuis Aristote (*Anal. prior.*, I, 23. - *Topic.*, I, 10), le mot *induction* a toujours signifié la même chose, c'est-à-dire *le raisonnement par lequel on conclut du particulier au général*, et nous ne voyons pas que l'expression longue et embarrassée de *classification et arrangement des phénomènes et de leurs relations*, que M. Bartlett propose de mettre à la place, ait un sens plus précis et plus net, et entraîne à moins d'abus. Mais il y a plus : l'auteur nous fournit lui-même les

preuves du contraire ; car il est évident que dans le passage même où il propose de faire cette substitution, il croit que l'*induction* est identique à ce qu'il appelle *classification*, etc. ; tandis que nous verrons, en poursuivant cet examen, que la classification contient bien plus que la simple *induction*.

Pour la comprendre, il importe surtout d'être d'accord sur la valeur des mots qu'on emploie. Nous tâcherons donc de déterminer ce que l'auteur entend par les mots *fait*, *phénomène*, *événement ;* il cite d'abord comme exemple la *gravitation*, et, à la page 29, il définit la gravitation : la propriété par laquelle toutes les substances, à l'exception d'un petit nombre qu'on nomme *impondérables*, tendent, pourvu qu'il n'y ait point d'autre cause qui s'y oppose, à se rapprocher les unes des autres. Mais M. Bartlett ne se contredit-il pas lui-même par cette définition ; car il ne saurait prétendre que la *gravitation* prise dans ce sens soit un fait uniquement déduit de l'observation. Pour qu'il en fût ainsi, il faudrait que nous vissions tous les jours les corps terrestres et célestes se rapprocher les uns des autres, dès qu'un obstacle ne s'oppose pas à ce mouvement ; tandis qu'au contraire nous les voyons conserver le repos le plus complet, bien qu'aucun corps intermédiaire ne fasse obstacle à leur rapprochement. Newton, qui a découvert, comme on le sait, la loi de la gravitation, a dû, selon nous, procéder nécessairement par un *raisonnement inductif* qu'il serait trop long de refaire ici, et que chacun pourra se représenter. Ainsi, le raisonnement que M. Bartlett semble bannir avec tant de rigueur du domaine de la science, y rentre quelquefois par un chemin détourné et pour ainsi dire sans qu'il s'en doute. Ceci deviendra plus clair encore quand nous examinerons les développements que l'auteur donne à sa troisième proposition.

Le chapitre 3, consacré à ce développement, débute par cette espèce d'aphorisme : *Toute relation véritable et légitime est invariable et constante ;* ce qui revient exactement à l'ancien axiome : *que les mêmes causes, dans les mêmes circonstances, sont suivies des mêmes effets*. M. Bartlett ajoute en note : L'objet de ce travail n'exige, en aucune façon, que j'examine si notre confiance dans la vérité de cette maxime tient en quelque sorte à l'expérience ou si elle repose entièrement sur une faculté innée et fondamentale de notre intelligence (p. 26). Nous n'avons pu nous défendre de quelque étonnement en lisant ce passage ; car, à notre avis, une des premières choses que M. Bartlett avait à faire, s'il voulait fonder un système inébranlable de philosophie médicale, c'était précisément de poursuivre cet examen, qu'il rejette loin de lui comme n'appartenant pas à son sujet. Cet examen lui aurait fait voir que l'axiome qu'il invoque n'a rien à démêler avec l'expérience, qu'il tient uniquement aux principes constitutifs de notre intelligence ; en un mot, que cet axiome n'est autre que le fameux *principe de la cause suffisante*, connu depuis longtemps et considéré sous toutes ses faces en logique. L'auteur aurait vu en même temps que, suivant sa propre doctrine, les faits tout seuls ne sauraient constituer une science ; qu'il faut, au contraire, les secon-

der par l'application d'un principe *a priori*, qui est ici le *principe de la cause suffisante*. M. Bartlett peut donner, dans le cas dont il s'agit, à l'application de ce principe le nom de *classification et d'arrangement des phénomènes et de leur relation*, cela ne change rien à la nature véritable de cette application.

On verra en même temps, par cette analyse, que M. Bartlett se trompe également en regardant la *classification*, etc., comme identique avec l'*induction* Cette classification a une plus grande portée : elle contient un véritable raisonnement déductif *a priori*. Si donc l'auteur se refuse à admettre le fait énoncé par Whewell (*Philos. of ind. science*, vol. 1, p. 61), que les lois uniquement tirées de l'observation ou de l'expérience n'ont jamais la même certitude ou la même universalité que les lois reposant sur les idées fondamentales de notre intelligence, la raison en est bien simple : c'est que, pour M. Whewel, les lois tirées de l'expérience signifient des lois reposant exclusivement sur l'induction qui est presque toujours incomplète, tandis que, pour M. Bartlett, ces lois contiennent déjà un principe *a priori*, ainsi que je viens de le dire, principe capable d'imprimer à ces lois un cachet de certitude absolue. Si nous nous sommes arrêté longtemps sur cette première partie, c'est qu'elle contient les bases fondamentales de la seconde; nous voulions ainsi éviter les redites, et ne rien laisser derrière nous qui pût jeter quelque obscurité sur le fond de la question débattue dans cette analyse.

Au chapitre 5, M. Bartlett introduit encore un second principe *a priori*, dans son système, c'est, comme il l'appelle, *le grand principe de l'adaptation des moyens au but.* Quand on a suffisamment approfondi ce sujet, on comprend, ainsi que les anciens l'avaient fait depuis longtemps, que l'admission des causes finales ne saurait tenir qu'à une comparaison entre les objets d'art et ceux de la nature, ou, pour s'exprimer plus largement encore, à une assimilation de l'intelligence du Créateur et du conservateur de l'univers à notre humaine intelligence. Je reviendrai sur cette question avec détail dans un mémoire sur l'anatomie de Galien, qui fait jouer, comme on le sait, un si grand rôle à l'intervention des *causes finales* dans l'interprétation des faits anatomiques et des phénomènes physiologiques.

Tout ce que M. Bartlett dit (pages 79-80, et note) sur l'indépendance du principe des causes finales de ce qu'il appelle ses *relations théologiques*, ne nous semble donc pas reposer sur un raisonnement inattaquable. Nous ne comprenons pas non plus quelles limites M. Bartlett veut poser à l'application de ce principe, en disant (p. 81) : « Nos conséquences ou nos déductions sont très-restreintes dans leur extension, et elles consistent uniquement dans l'application particulière de la loi des causes finales, du fait général de la relation qu'on a observée entre les moyens et leur but.» Il cite entre autres comme exemple de cette limitation les conclusions qu'on peut tirer de la conformation du crâne. Selon lui, cette conformation nous donne parfaitement le droit de conclure que cette cavité est destinée à contenir un organe ou une substance, qui a besoin d'être protégé contre l'action mécanique

des corps extérieurs, tandis que cette conformation ne peut rien nous apprendre sur la qualité, les propriétés ou l'utilité de la substance contenue dans le crâne. Il nous semble que Galien se tient parfaitement en dedans de ces limites, quand il conclut (*Us. part.*, IX, cap. 3, t. III, p. 694), de la conformation de l'entonnoir ou *infundibulum* du cerveau, que cet organe sert à conduire un certain fluide qui descend du cerveau sur la glande pituitaire. Il faudrait donc admettre cette opinion de Galien comme une vérité au-dessus de toute contestation.

Enfin, dans le chapitre 11, M. Bartlett nous semble être arrivé à ce qu'il regarde comme le but de tout son ouvrage, c'est-à-dire aux principes de la thérapeutique ou de la médecine pratique. L'auteur fait ici une distinction entre les lois de la physique et celles de la médecine, que nous ne saurions passer sous silence, puisqu'il regarde cette distinction comme fondamentale, et que nous ne pouvons la considérer que comme relative.

«A certaines exceptions près, dit-il (p. 148), les lois des sciences physiques sont positives et absolues, autant dans leur réunion que dans leurs éléments, autant dans leur ensemble que dans leurs détails; mais les lois vérifiables de la science de la vie ne sont qu'approximatives et non pas absolues.» L'auteur explique encore plus clairement sa pensée quelques lignes plus loin, en disant: «Dans les sciences physiques, toute relation authentique et directe est invariable. C'est vrai aussi bien pour les sciences de la vie que pour les sciences physiques; mais il y a une grande différence dans les deux espèces. Dans la dernière, les relations sont en grande partie susceptibles d'être analysées et séparées les unes des autres, de telle manière qu'on peut les vérifier à leur état d'isolement et de simplicité; dans la première, au contraire, elles sont si nombreuses, si compliquées, si entrelacées et si difficiles à démêler, qu'elles défient tout essai d'analyse ou d'isolement.» Admettre cette difficulté comme insurmontable, c'est, à notre avis, désespérer de la science, et c'est cependant ce que l'auteur paraît avoir fait. Nous avons cru que nous devions insister sur cette circonstance, parce que c'est elle qui a engagé M. Bartlett à regarder la méthode numérique comme le principal moyen de salut pour l'avenir de la médecine. Qu'on ne croie pas que nous voulions nier les résultats de cette méthode; nous sommes persuadé, au contraire, qu'appliquée rigoureusement, elle peut souvent fournir des lumières très-désirables à la science. Mais si l'on considère, d'une part, en s'en tenant à M. Gavarret (*Principes généraux de statistique médicale*, p. 46 et 117; Paris, 1840), regardé par M. Bartlett comme le législateur de cette méthode, combien sont difficiles à remplir les conditions exigées pour que les résultats en puissent être appliqués à la médecine; et, de l'autre, que la méthode numérique ne peut jamais nous donner des résultats parfaitement certains, mais seulement des probabilités plus ou moins grandes; que, par conséquent, elle laissera toujours quelque chose à désirer pour notre intelligence, on sera en droit d'avancer que l'ancienne méthode, consistant à considérer chaque cas en lui-même, à l'analyser aussi exactement que possible dans

ses éléments divers et à comparer ces éléments avec ceux d'autres cas, peut donner des résultats aussi certains, aussi satisfaisants que ceux de la méthode numérique *appliquée exclusivement*, et qu'il faut réunir les deux procédés pour faire entrer la médecine dans une voie vraiment philosophique.

Dans un autre passage, nous avons été étonné de voir que M. Bartlett (nous jugeons d'après son point de vue et non d'après le nôtre) se laisse entraîner à reconnaître des *forces récupératives de l'organisme* (p. 289); en vérité, ce n'est là qu'un nouveau nom du *vis naturæ medicatrix* de nos prédécesseurs. On ne s'attendait guère à trouver de semblables opinions chez un auteur qui dit (p. 196) : ce qu'on appelle la *force vitale* est un fait de pure imagination ; il ne peut être admis que par des rêveurs. N'est-ce pas là une contradiction flagrante d'admettre comme prouvée par l'expérience l'existence d'une force restauratrice de l'organisme, et de nier celle d'une force conservatrice du même organisme ?

Après la critique peut-être sévère, mais consciencieuse, impartiale, que nous avons faite des principes de M. Bartlett, et qui prouve en même temps quel prix nous attachons à un livre sérieusement fait, nous arrivons naturellement à cette conclusion, que l'auteur n'a atteint que partiellement son but, qui était *de poser les véritables principes de la philosophie médicale positive*. Cependant, hâtons-nous de le dire, à côté des défauts qu'il était dans notre devoir de signaler, l'ouvrage dont nous rendons compte possède des qualités éminentes, qui en rendent la lecture aussi profitable qu'attrayante. Partout où l'auteur ne se laisse pas entraîner par la théorie qu'il s'est faite sur la domination prétendue exclusive des faits, on reconnaît le médecin-praticien consommé et prudent, l'observateur habile et zélé. Nous en citerons pour preuve le passage (p. 286) où il exprime son opinion sur la nécessité de réduire le nombre des agents thérapeutiques, celui (p. 173 et 174) où il blâme les partisans trop exclusifs de la méthode numérique, parce qu'ils rejettent indistinctement tous les résultats généraux fournis par l'expérience des observateurs qui les ont précédés, et qui n'ont pas connu leur méthode. M. Bartlett remarque avec beaucoup de justesse que la longueur du temps durant lequel ces observations ont été faites compense en quelque sorte le vice de leur méthode d'observation. En effet, si l'on étudie d'une manière critique l'histoire de la médecine, si l'on se pénètre de la manière dont les anciens observaient, si l'on apprécie en même temps les sources diverses du diagnostic et ses rapports avec la thérapeutique, on ne saurait se refuser à admettre, du moins provisoirement, certaines règles, certaines méthodes de traitement adoptées depuis des siècles.

Nous sommes encore parfaitement de l'avis de M. Bartlett, quand il cherche à nous prouver que nos connaissances en physiologie ne sauraient être déduites exclusivement de nos connaissances en anatomie; que nos connaissances en pathologie ne sauraient être *déduites* de celles en physiologie, et ainsi de suite pour l'étiologie et la thérapeutique; nous croyons même que ce sont surtout les applications prématurées de données prises dans une

branche des sciences médicales aux faits appartenants à une autre branche des mêmes sciences, qui ont inspiré à l'auteur sa grande colère contre l'*induction*. En effet, nous ne nions pas que ces déductions trop rapides sont basées sur un raisonnement inductif; mais c'est là une induction bien imparfaite. On aurait dû constamment se rappeler que l'induction, pour être parfaite et pour produire une conviction irrésistible, une certitude irrévocable, doit nécessairement s'étendre sur tous les objets compris dans la classe dont on veut démontrer quelque chose; or, dans les conditions fournies par les sciences naturelles, il est presque toujours impossible de satisfaire à cette exigence de l'induction parfaite. En partant de ces données, on aurait eu, ce nous semble, une bien meilleure garantie contre le danger des conclusions trop hasardées que dans le remède proposé par M. Bartlett, c'est-à-dire dans le principe de l'*invariabilité des relations*, ou, ce qui, à son avis, semble être parfaitement la même chose (p. 28), dans la maxime que *l'ordre est la première loi de l'univers*. Ch. DAREMBERG.

Annonces bibliographiques.

Recherches anatomo-pathologiques et cliniques sur quelques maladies de l'enfance, par F. L. LEGENDRE, D. M, etc. 1 vol. in-8°; prix : 6 fr. Chez Victor Masson.

Précis de médecine opératoire, par M. J LISFRANC, chir. en chef de l'hôp. de la Pitié. etc. (Trois forts vol. in-8°.) Huitième livr., pp. 177-352. Prix de la livr. pour les souscripteurs, 2 fr. et 2 fr. 50 cent. franc de port par la poste. A Paris, chez Béchet jeune.

Traité élémentaire de pathologie interne, par MM. HARDY et BEHIER, médecins des hôpitaux civils de Paris, etc. T. II, partie 1re, contenant les inflammations, pp. 416. Prix : 7 fr. La 2e partie paraîtra dans le courant de novembre prochain et sera donnée gratuitement aux personnes qui auront pris la 1re partie. (L'ouvrage complet se composera de trois forts vol in-8°.)

Physiologie philosophique des sensations et de l'intelligence, fondée sur des recherches et des observations nouvelles et applications à la morale, à l'éducation, à la politique; par P.-N. GERDY, professeur de path. chirg. à la Fac. de méd. de Paris, etc. 1 vol. in-8°, pp. XXIV-563. Prix : 7 fr.

De la Spermatorrhée, par HERMANN KAULA, D. M. P. 1 vol. grand in-8°, pp. 210 ; prix : 4 fr. 50 cent.

Mémoire sur les spasmes musculaires idiopathiques et sur la paralysie nerveuse essentielle, par le Dr A. DELPECH. 1 vol. in-4°, pp. 157 ; prix : 3 fr. 50 cent.

Notice topographique et médicale sur la ville d'Hyères, par le Dr BARTH, agrégé à la Fac. de méd. de Paris, méd. de l'hôp. de la Salpêtrière, etc.; 2e édit. In-8°, pp. 56; prix : 1 fr. 75 cent.

Recherches sur les maladies des ouvriers employés à la fabrication des allumettes chimiques, sur des accidents qui résultent du transport et de l'usage de ces allumettes et sur les mesures hygiéniques et administratives nécessaires pour examiner cette industrie; par Théophile ROUSSEL, D. M. In-8°, pp. 79; prix : 1 fr. 75 cent.

Ces six ouvrages se trouvent chez Labé, libraire, place de l'École-de-Médecine, 4.

TABLE ALPHABÉTIQUE

DES MATIÈRES DU ONZIÈME VOLUME

DE LA 4e SÉRIE.



Paris. — RIGNOUX, Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue Monsieur-le-Prince, 29 *bis.*